
Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Nº Sinistro: 3180035111

Vitima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035111.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Sinistro: **3180035111**

Vítima: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Data do Acidente: **28/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180035111** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12363082

A/C: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Nº Sinistro: 3180035111
Vitima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA
Data do Acidente: 28/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000056236-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

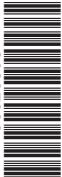
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT




**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E 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 Curadpr). 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

Nome completo da vítima

Jean Claude Vandame C. Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JEAN CLAUDE VANDAME CARVALHO ELIZETE JKI-465-504-86	Número	Repositor
Endereço	CEP	Complemento
Vila Redenção	695	
Bairro	58011-400	
Ilha do Busto		
Cidade		
João Pessoa		
Email		
alexandruscesarduarte@hotmail.com	Telefone (DDD)	
	83	99342-1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA NRO. D/V

J909

CONTA NRO. D/V

56.236

D/V

6

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V

CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data

Jean Pessoa, 03 de dezembro de 2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Renato P. 12 JAN. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470

#20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/12/2017

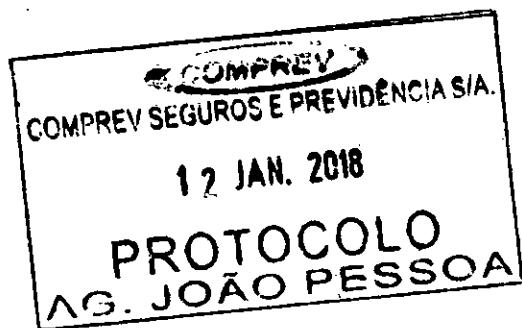
>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCI
PAG: 001AG: 1909 CIDADE ANTIGA
PERIODO: 05122017 ATE: 05122017
NOME: JEAN CLAUDE VAN DAME C SOPER: 013 CONTA: 56.236-6
CPF: 114.465.504-86
VLR.BLQ.JUD.: @@@@

DATA MOV NR.DOC HISTORICO

T A X A

V A L O R

S A L D O

F1 AJUDA
F3 RETORNARF4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIORSALDO EM 04/12/2017 R\$
F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG.@@@@
TEW1F498
F12 FINALIZAI



Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02174.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02174.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:01 horas do dia 04 de dezembro 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, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jean Claude Van Dame Carvalho Elizeu Silva**, CPF nº 114.465.504-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Josineide Elizeu de Maria e Neemias Batista Carvalho Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Redenção, Nº 695, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Igreja Presbiteriana, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98733-7489.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo Ao Bemais, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 05:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA QFI8000/PB, CHASSI 9C2KD0540ER082279, registrada em nome de JOÃO BATISTA CARVALHO DA SILVA, quando colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, o qual estava parado indevidamente na via; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1570/2017, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por uma viatura da Polícia Militar, através do cabo CARVALHO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO
ELIZEU SILVA
Noticiante

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
12 JAN. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA	CPF da Vítima 114.465.504-86	Data do Acidente 28-07-17
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas dà lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JAN. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa 01 de dezembro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário 	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
--	---

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: 02/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 00000056236-6

Nr. da Autenticação B3191C47B322C1B5

Ato declaratório

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:

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA

Ficha Nr: 48127 Atd: Nao Reg

Data: 28/07/2017

Hora: 05:40:25

Recepção: JOELMA IRIO AQUINO E

Clinica: CIRURGICA

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988677117

Comprovação de ato declaratório

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1991 Id: 26 ano(s)

End.: CONJUNTO RENASCER, 0

Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSINEIDE CARVALHO DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEM PROFISSAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988677117 / SEM DOCUMENTO: SD

Pré-dencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PRÓPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
EC:	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
		<input type="checkbox"/> Vômito	

Quando Principal

Colisão moto x carro

Observação

Dr. Patrício
N. 332-142
Centro de pronto Socorro
CHMGTB

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente vítima de acidente a motocicleta bê bê bê. Vaga perde da consciência ou vômitos. Há lesões profunda com exporação dos tendões, ferimento contuso em pélvis e face.

Diagnóstico

| Conduta

*Rx
s/pe de un. ginal
avaliação de ortopedia
radiologia de biceps*

Prescrição

| Horário da medicacão

*Assinatura
Flávia Franco
an: 26/07/17*

FCC em Porto Alegre apresentado
Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)
Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Diretto da Bruno S. Barni
Coproduzione Traumart
CRM 5515

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

Comprovante de residência



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermédario (a) do Beneficiário Jean Claude Vian Daniel Gato, Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEAN CLAUDE VIAN VIAN CARLOS ELIZEU SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Declaracão Circular SUSEP 445/1

Recuso informar



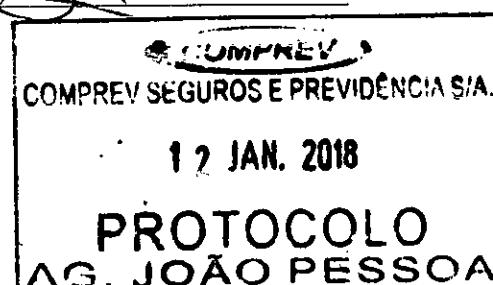
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Segurador, _____, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <i>Sra Maria Rosa</i>	Número <i>58</i>	Complemento <i>-</i>
Bairro <i>Mamata</i>	Cidade <i>José Russas</i>	Estado CEP <i>58038-460</i>
Email <i>alexandrespedruarte@hotmail.com</i>	Telefone comercial(DDD) <i>99362-11-70</i>	Telefone celular (DDD) <i>83-98663-4900</i>

Joaõ Pessoa, 05 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Batista Carvalho da Silva,
 RG nº 305.516, data de expedição 24/04/1985
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 309.272.984-49, com
 domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José da Costa Cabral, nº 597,
 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 Jean Claude Van Damme cujo o condutor era
Jean Claude Van Damme Carvalho Blumen Silva

Veículo: moto
 Modelo: Honda /VFR 150 RROS
 Ano: 2011/2014
 Placa: QFZ 8000 / PB
 Chassi: 9CJ KD 05405 R 082279
 Data do Acidente: 28-07-17
 Local e Data: João Pessoa, 04-12-17

João Batista C da Silva

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DA CAPITAL

MINISTÉRIO PÚBLICO
 TIA JUSCELINO KUNTSCHEN, S/Nº - ERNESTO GEISEL, CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO BATISTA
 CARVALHO DA SILVA, [784], J. Pessoa-PB, 04/12/2017 17:09:37
 Emol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepj:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em
 test da verdade. Tabelia *CELEIDA/ COSMO PEREIRA SILVA.
 Selo Digital AGD65455-WRA0 - Consulte em
<https://selodigital.tabelias.com.br/tabelia/CELEIDA.com.br>

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Documentacao medico – hospital



CERTIDÃO

Nº. 1570/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº48141 e Prontuário Nº 2017.07.003759 pertencente a **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** que foi atendido dia 28/07/2017 às 07H40min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/08/2017 com alta médica dia 09/08/2017.

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

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: 48141 Atd: Nao Regula
Data: 28/07/2017
Hora: 07:40:33
Recepctionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 3
Nome: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA Num. Prontuario: 2017.07.003759

CNS: 204088624370006 Sexo: M IDENTIDADE: 4002725 Fone: 988677017

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1996 Id: 21 ano(s)

End.: AVENIDA REDENCAO, 695

Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSINEIDE ELIZEU DE MARIA Pai: NEEMIAS BATISTA CARVALHO SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988677017 / IDENTIDADE: 4002725

Pr. Hencia: RUA

Transporte utilizado: VIATURA DA PM

Vitima de acidente por: OBS; CORRECAO DE DADOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

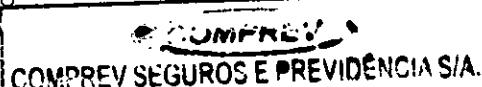
PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

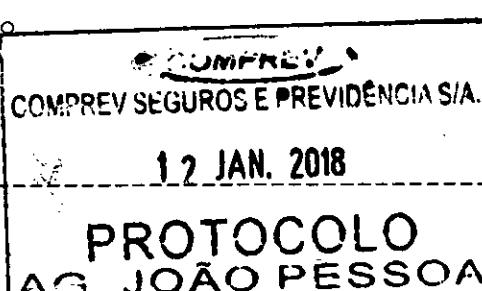
PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

Qua Principial

Observacao


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

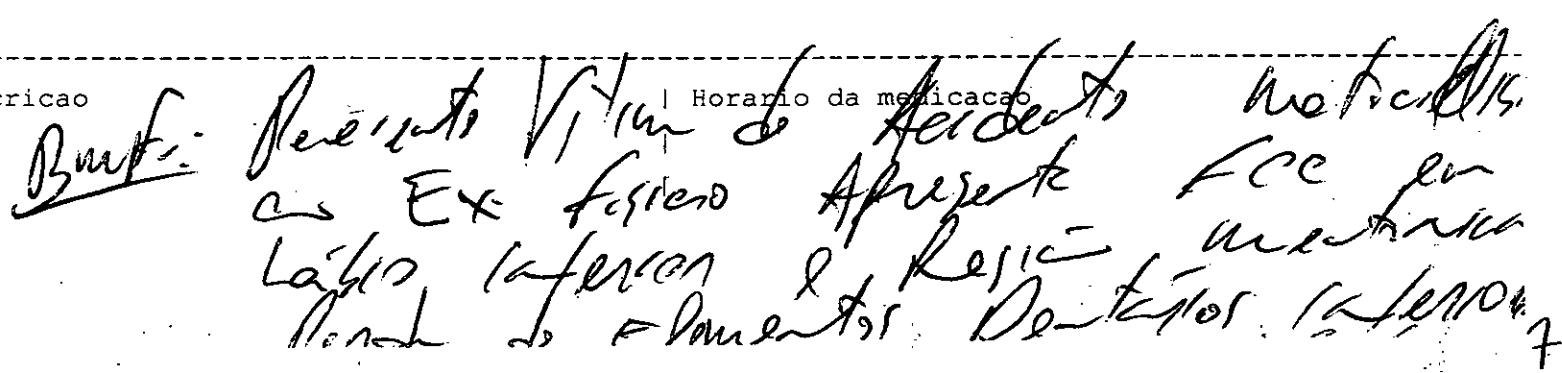

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

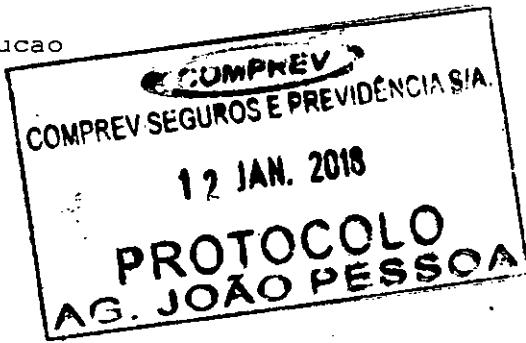

Busti: Permanente Vitor de Ferreira, not. c/ 015.
as Ex fogo. Apresente FCC em
lábios inferiores. Resic ameaçado
para os dentes. Dentistas. Internos.

for Reelized; *Exocetius multispinosus*
& *Suttor, glta la Baud*

Francisco Adelino Lopes
Doutor em terapia intensiva
Cirurgião Buco - Maxilo - Facial
CRO 2038

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ROCEDIMENTO REALIZADO

ESTINO DO PACIENTE

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

*Yolanda Semiez Batista
Comunicação Social*

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jean Claude Vay Jane Lavallo</u>				Data da Admissão: <u>28/07/17</u>
Prontuário:		Idade: <u>21</u>	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:				
Endereço:		Bairro:		
Cidade:		Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F() M() Cor:		Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
Data de Nascimento <u>/ /</u>				
QPD: <u>Acidente de Moto</u>				
HDA: <u>Paciente vítima de Acidente de moto hoje, resultando em fratura exposta de tibia e peroné + ferimento contuso com extenso seu revestimento ósseo da união distal da fibula. Presente extensa ferida de tecidos externos</u>				
Medicações em uso:		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
		12 JAN. 2018		
PROTOCOLO A.G. 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 []Dispnéia []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: _____

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: _____

CUMPREV
CUMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
19 JAN 2018

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx endovenoso fat. oleo libia E b*Hipóteses Diagnósticas: *Fx exosite de Trha E (pneum/fao).**Esterno bruto em tecidos estenosos da mao D.*Conduta: *Realização de LMC + desbridamento em**peneira e mão D.**Internado p/ fotoangiografia arterial B*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

<i>Nome: Enclaus na Boce</i>				Registro: <i>2014073759</i>
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>09/07/17</i>	Cirurgião: <i>Bruno Gomes (esm)</i>			1º Assistente: <i>Gláucio Varella</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador: _____
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Loco locos expessos
- *Genito* (2)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Loco locos pectus

~~COMPREV~~

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

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

Descriva: **PROTÓCOLO**
AG. JOÃO PESSOA

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

accede al mercato con
la costanza

Incisão:

Aspirins + alleucytin
Mögen ab cryos alleucytin
fixiert 0003 P. der zelleo D
der 254 plastica.

Achados:

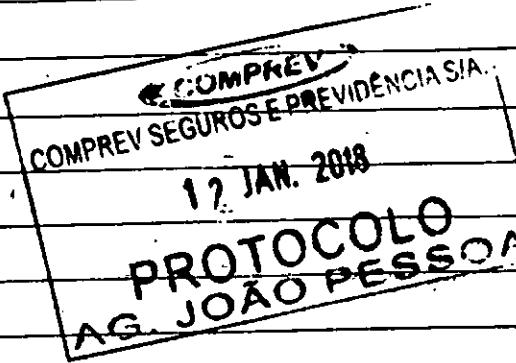
1. ~~cer 2000 PLASTIC~~.
Defects are seen as local赦assures
 $2^{\circ} / 3^{\circ} / 6^{\circ} / 5^{\circ}$ SOD.
Screws will always be applied to
the feet are -
Skins are often too
numerous.

Conduta:

~~Antler~~

1877-PE TEL 14328
"Sociología: Ondoyada"
"U.S. Felipe Lessa

Fechamento:



OBS:

Oxygenation

Data: 09, 08, 17

Dr. Luís Filipe Lessa
Traumatologista Ortopédico
MÉDICO CRMI 14328



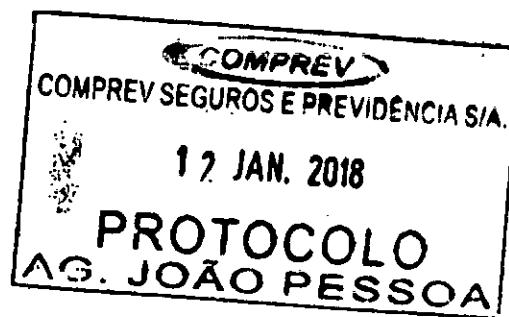
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTERO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DEHABILITAÇÃO

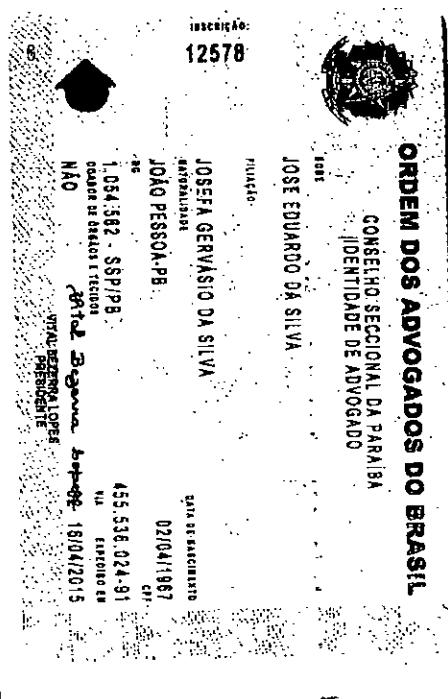
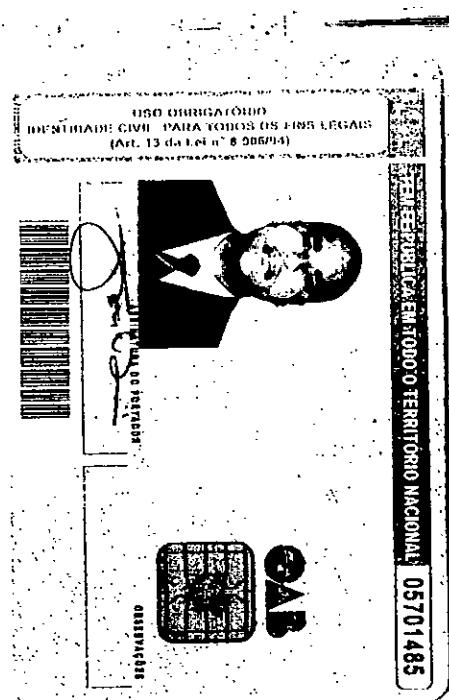
Nome: JEAN CLAUDE VAN DAM CARVALHO ELIZEU SILVA
DOC. CEDÊNCIA / ODO EMISSOR: 4002725 SSSS PB
CPF: 114.465.504-86 **DATA Nascimento:** 28/04/1996
PAISÃO: NEEMIAS BATISTA
CARVALHO SILVA
JOSINEIDE ELIZEU DE MARIA
PERÍODO: **VALIDADE:** 11/07/2019 **PRIMEIRA EMISSÃO:** 13/03/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1280538014

EXERCE ATIV REMUNERADA:
Jean Claude Van Damme
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB **ODO EMISSÃO:** 01/04/2016
DET-RN-PB (PARAIBA)
60645659020
PB032390319

PROIBIDO PLASTIFICAR
1280538014





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** Sinistro: **3180035111** Data: **28/07/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Redenção, 695 - Ilha do Bispo - João Pessoa - PB - CEP 58011-400**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4002725**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FERIMENTO EXTERNO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA. ACIDENTE EM 28/07/2017 AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE Perna Esquerda com edema , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão direita

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
 ELIZEU SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO
ELIZEU SILVA

Data do acidente: 28/07/2017

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXLENDO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE Perna ESQUERDA COM EDEMA , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

Resultados terapêuticos: TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

✓

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jean Claude Von Dorne Carvalho Elzeyn Silva
 brasileiro(a), estado civil Saltário J., profissão
Reparador, CI RG nº 11.002.725,
 CPF/MF nº 114.465.504-86 residente e domiciliado(a) à Rua
AJ REDENÇÃO nº 695 ICHA DO RISPO,
 Cidade de JOÃO PESSOA, Estado
PARAÍBA, CEP: 58011-460, telefone
988677017, 982337489 - 83 - 99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
 sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na
 cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

*CUMPREY
CUMPREY SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.*

12 JAN. 2018

PROTOCOLO
AO. JOÃO PESSOA



João Pessoa, 193 de de 3 em 2017.

OUTORGANTE

Jean Claude Von Dorne Carvalho Elzeyn Silva

