

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vitima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022588**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12234899



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
Nº Sinistro: 3180022588
Vitima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
Data do Acidente: 03/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180022588**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12234916



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vitima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022588**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12235122



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Sinistro: 3180022588
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
Data do Acidente: 03/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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 3180022588** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588
Vitima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
Data do Acidente: 03/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180022588**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br>
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

SAC DPVAT - 0800 70 70 70

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CNPJ da vítima

Nome completo da vítima

148.939.944-00

Jose Junior Calisto Dantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

Jose Junior Calisto Dantas

Aposentadoria N.º 8 Aposentada

Nossa Senhora Aparecida São Miguel

lialve.dpva@gmail.com

148.939.944-00

Profissão

Agricultor

SIN

Estado PB

CPF

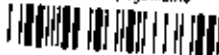
58334000

Telefone (DDD)

(83) 99100-5604

Declaro, sob as penas da lei, que a presente prova foi feita por mim ou por quem eu autorizar, DPVAT, residente no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

Até R\$ 3.001,00

Até R\$ 5.000,00

Até R\$ 10.000,00

Até R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA - Nome e endereço da agência e da conta bancária

BRADESCO 237, 00000-000, São Paulo, SP

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA CORRENTE - todos os bancos

BANCO

Nome

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Informar digitalmente

Informar digitalmente

Informar digitalmente

Informar digitalmente

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.

Jose Junior Calisto Dantas
Local e Data

Jose Junior Calisto Dantas
Carimbo e assinatura do beneficiário

Mari Cristina Dantas
Carimbo e assinatura do representante legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180022588

CPF da Vítima

148.139.944-00

Nome completo da vítima

Jose Junior Palisto Dantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jose Palisto Dantas		CPF titular da conta	009.706.04-33	Profissão	Agricultor
Endereço	Aiment. N. Sra. Aporocida		Número	5111	Complemento	
Bairro	Aiment. N. Sra.	Cidade	San Miguel de Taípe	Estado	PB	CEP
Email	ndre.spinto@gmail.com				Telefone (DDD)	(83) 99100-5607

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

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Bradesco</u> NRO <u>937</u> AGÊNCIA NRO <u>5944</u> D/V <u>0</u> CONTA NRO <u>0001752</u> D/V <u>0</u> (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, recortei e dou plena quitação do valor indenizado.

Jose Junior Palisto Dantas 15 de Janeiro de 2018
Local Data

* Jose Junior Palisto Dantas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

* Jose Junior Palisto Dantas
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 027/2017

Aos VINTE E SETE dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de RIACHÃO DO POÇO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão do seu cargo, aí, por volta 17h20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificado:

JOSÉ JUNIOR CALIXTO DANTAS, 17 anos de idade, nascido aos 29/12/99, brasileiro, solteiro, alfabetizado, agricultor, natural de Itabaiana/PB, RG nº 4.442.849 SSP/PB, filho de José Calixto Dantas e Severina Vieira Januário Dantas, residente e domiciliado no Assentamento Nossa Senhora Aparecida, São Miguel de Taipú/PB. Telefone: 98601-5863.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

2) DATA DO FATO: 03/03/2017

3) HORÁRIO: 12h:00min; **4) LOCAL:** Sítio Cordeiro, zona rural de Sobrado/PB.

4) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia 03 de Março de 2017, trafegava na garupa da moto HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO DE FABRICAÇÃO E MODELO 2014, DE COR PRETA, PLACA QFB 1786/PB, CHASSI N.º 9C2KC1680ER027855, na zona rural de Sobrado com seu pai, quando estava em uma curva de repente apareceu um veículo não identificado que trancou a moto em que estava jogando seu pai em uma barreira; Que o declarante como estava na garupa caiu com a moto em cima de sua perna; Que seu pai sofreu apenas escoriações; Que foi socorrido por uma pessoa que passava no local para o Hospital Dr. Sá Andrade; Que após exames, o declarante foi transferido para o Trauminha em João Pessoa; Que no Trauminha foi submetido a avaliação médica e exame de imagem que constatou fratura da tibia esquerda; Que no dia 17 de Março de 2017, sofreu um procedimento cirúrgico, recebendo alta no dia 19 de Março de 2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo noticiante, e por mim, escrivão que digitei.

José Junior Calixto Dantas
José Junior Calixto Dantas
Comunicante

Boletim de ocorrência



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 Jose Junior Calisto Dantas CPF da Vítima 148.239.944-00 Data do Acidente 03/03/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jose Calisto Dantas

E-mail

molux.dpvat@gmail.com

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

009.706.014-33

Telefone (DDD)

(83) 99100-5604

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Jose Junior Calisto Dantas 29 de Novembro de 2014
Local e Data

Lo

Jose Junior Calisto Dantas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Calisto Dantas
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ato Declaratório

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

17 anos

Nome do Paciente:

Jr. Junior Calixto Dutra

Data: 03/03/17

End.:

Rua Cap. Lauro

Bairro:

Cidade: Sabará

Unidade de origem:

Motivo de Encaminhamento

Novo rotina de colôn. com no 1º
Paciente aguda de Vireo (E)

Medicamento Administrado

Jr. Rodrigo Messias Goes
Médico - Clínico Geral
CRM-PA 9789

Referenciado para:

Contra referência

Motivo:

Contra referência para:

JOSE CALIXTO DANTAS

Assessoria Jurídica e Consultoria

Av. ...

Classe: Subels RESIDENCIAL / BAIXA RENDAMENTO

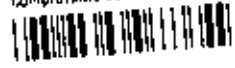
Roteiro 4 - 10 - 49 - 5500

Referência: 10/2017

Nº medidor: 000008824710

Emissão: Outubro 2017

Comprovante de residência



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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1343989-8

Canal de contato

Fev / 2017

Apresentação

Tarifa Substituição Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei

10.438, de 16 de abril de 2002

06/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

ENERGISA

COMPREV SEGUROS E PREVISÃO S/A

05 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica : Nº 001.158.511



LUZ, INOVAÇÃO, REALIZAÇÃO

ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 51071-000

CNPJ 09.093.183/0001-00 - Insc. Est. 18.835.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2017	25/08/2017	156	01/09/2017	R\$ 110,06

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Relatório: 15-008-211-1540

***** 1 40000189000-4 10823142017-6 08900006019-7

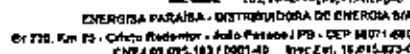
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/09/2017	R\$ 110,06	1082314-2017-06-6



Comprovante de residência



Para mais informações, contacte o nosso departamento de suporte técnico : 00-200.296.447



JOSÉ CALIXTO DANTAS
ASSENT N SRA APARECIDA SN
SÃO MIGUEL DE TAÍPÁ

5/1343989-8

JAN/2018

09/01/2018

140

16/01/2018

R\$ 83,64

Acesso: www.energisa.com.br



WESTAHEAT ALUM

JOSE CALIXTO DANTAS

Rate/Inq: 04-010-049-5500

000000000000-000000000000-813439892018-01600010019-4

EVENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATEICUL

15/01/2018

PG 03.04

134399P-2018-01-6



Comprovante de residencia



(83) 99811-5088
(83) 99100-5604
(83) 3566-4678

COMPREV
COMPREV SEGUR E PREVIDEN CIA
65 FEV. 2018
PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesso 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel de Araújo Leite inscrito (a) no CPF 021.462.164 / 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Junior Calisto Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.239.944 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizad da Vitima Jose Junior Calisto Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.239.944 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

ixo,

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

Endereço	<u>Rua Francisco Leocadio Ribeiro Coutinho 201</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>5L208</u>
Bairro	<u>Burca</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>RB</u>	CEP
Email	<u>mauricio.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 3566-4618</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>

João Pessoa, PB, 09 de Novembro de 2017
Local e Data

Daniel de Araújo Leite
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fabio Vieira do NascimentoRG nº 3116006, data de expedição 20/10/2008Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 067.973.714-41, com domicílio na cidade de Sobradinho, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)AGRESTA MERTO N. S. APARECIDA, nº S/Ncomplemento 2-URUP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima JOSE FAVIO CALIXTO SANTOS, cujo o condutor eraJOSE CALIXTO SANTOSVeículo: MOTOCICLETA HONDAModelo: CG 150 FAN ESD 1Ano: 2014/2014Placa: QFB 1786/PBChassi: 9C2KC1630ER027855Data do Acidente: 03/03/2017Local e Data: BRASIA 27/12/2017

Assinatura do Declarante


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



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Recebo, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a) de...

FABIO VIEIRA DO NASCIMENTO

Em test. da verdade. Sape-PB 21/12/2017 11:57:40

Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente

[2017-011164]ENL:R\$ 19,23 FASEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85

SELO DIGITAL: ACFB4884-JOSH

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

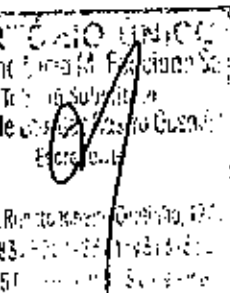
Ass. Cam. Rmto. Manoel Gonçalves, 177...

Praça CEP 51.000-000 Recife-PE

Sociedade Lda. inscrita no CNPJ nº 06.797.371/0001-41

Fone: (83) 3333-1111

CEP 51.000-000





Documentação médica - Hospitalar



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Jose J. M. Calixto Neto Data: 03/03/12
End.: Rua V. C. do Vento
Bairro: _____ Cidade: Sapê
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Revisão de colite com teste
positivo para Y. enterocolitica

Medicamento Administrado

Dr. Rodrigo Messias Goes
Médico - Clínico Geral
CRM 9.999

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Assinatura/Carimbo médico



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		JOSÉ JÚNIOR C. JONAS		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	CUR	CLÍNICA	ENF	LITRO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
03/03/17		19/03/17			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
fratura de tíbia				S82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
osteossíntese					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.				☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				COLTA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
CONDIÇÕES DE ALTA				☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Por submetido a 1ºo Cirúrgico de fratura de tíbia com haste	

DIETA:	GERAL	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	Relativo em casa por 10 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina x Namox		

RETORNO	Ao posto de saúde em 19/03/17 Ao Ambulatório do Dr. Pacelli	para retirada de pontos. em 30 dias para revisão.
---------	--	--

DATA	19/03/17	ASS. MÉDICO (DRM)
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

CERTIDÃO

Nº. 1335/2017

Atendendo solicitação de JOSE CALIXTO DANTAS 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 Nº10562 e Prontuário Nº 2017.03.000445 pertencente à **JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS** que foi atendido dia 03/03/2017 às 17H00min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/03/2017 com alta médica dia 19/03/2017.

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

João Pessoa, 20 de setembro 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: AGUIAR, CISCAL, JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ: -

Ficha Nr: 10562 Atd: Nao Regular
Data: 03/03/2017
Hora: 17:00:16
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.000445

CNS: 201276036910001 Sexo: M IDENTIDADE: 4442849 Fone: 987793038

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 29/12/1999 Id: 17 ano(s)

End.: SÍTIO CAPE DO VENTO, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF: PB

Mae: SEVERINA VIEIRA JANUARIO DANTAS

Pai: JOSE CALIXTO DANTAS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMA-MARIA JOSE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: COL, MOTOXCARRO AS 12HS

Vítima de violência por: ONDE MORA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

história de f. trauma e trauma de base
paciente, vítima de colisão moto x carro
apresentando dor e edema na perna
História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Dr. Gustavo

—

| Reservado p/ liberacao
|

.....

.....

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luci Lima Cabral Gomes Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Lesão e deformidade em perna e

HDA: fratura com fratura por perna e por
chute mecânico de moto em perna de
perna esquerda Receber: Dr. J. J. J.

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
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ 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: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura báfara de tibia e

Conduta: Internamente p/ tratamento cirúrgico

Dr. Carlos Alexandre Guedes Souto
CRM-FB 1117
GAP 14021190

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Junior Calisto Dantas</u>				Registro: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clinica: _____	EMP: _____	LR: _____
Data: <u>17/03/2017</u>	Cirurgião: <u>Dr. Paoli</u>			1º Assistente: <u>Tiago R.</u>	
2º Assistente: _____		3º Assistente: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: <u>Dr. Neto Leite</u>		Tipo Anestesia: <u>Raqui</u>		Horário: I: _____	T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Frat. diafragma de tibia E</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>Frat. diafragma de tibia E</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Osteotomia de tibia E. com haste intramedular bloqueada</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva: _____		
1 () Sim 2 (x) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDT sob draqui anestesia
- ② Anestesia + Antimicrob + CCE
- ③ Incisão anterior longitudinal no joelho E. a nível de tendão patelar, por plano até o osso.

Incisão:

- ④ Exatagem visual a nível de tibia proximal com toque manual.
- ⑤ Redução incremental de fratura de diáfise de tibia e parafuso de fio guia intramedular sob Escopia

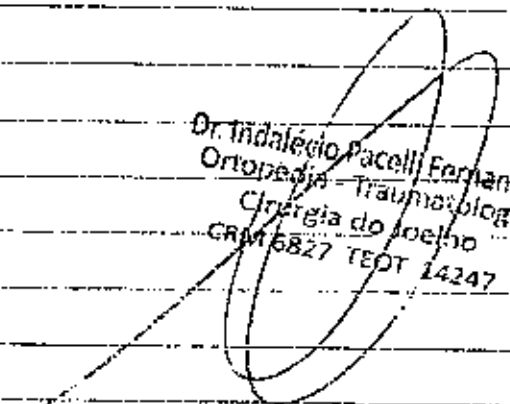
Achados:

- ⑥ Exatagem visual de larva medular até n° 12.
- ⑦ Parafuso de haste intramedular bloqueado n° 11 x 36.
- ⑧ Parafuso 2 parafusos de bloqueio proximal n° 40 x 35
- ⑨ Parafuso de parafuso de bloqueio distal de x n° 35.
- ⑩ Sutura + Curativo
- ⑪ a RPA e N

Conduta:

Fechamento:

OBS:


 Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6827 TEOT 14247

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Jose Junior C. Dantas portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S92, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(Trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 13/03/17

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(ª) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

448.239.944-00

Nome

JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nascimento

29/12/1999

Documentos de Identificação

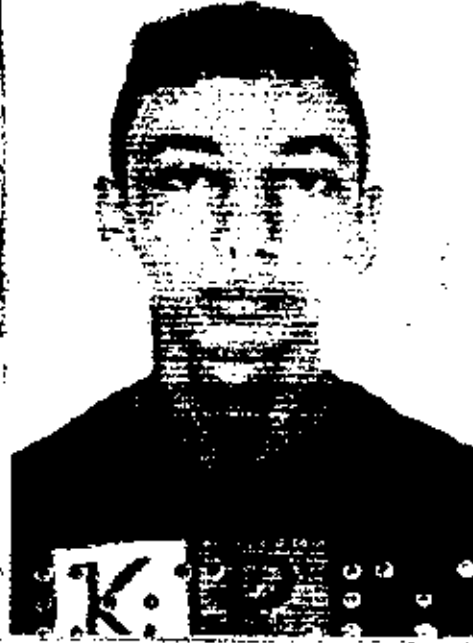


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA DEPENDENTE
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-063



João de Deus Costa Dantas

ALTIMETRA DOUTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1974

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.442.849

DATA DE
EXPEDIÇÃO

26/08/2016

NOME

JOSÉ JUNIOR CALIXTO DANTAS

FILIAÇÃO

JOSÉ CALIXTO DANTAS
SEVERINA VIEIRA JANUÁRIO DANTAS

NATURALIDADE

ITABAIANA-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/12/1999

DOC ORIGEM

NASC.N.13070 FLS.031 LIV.A-15
CARTORIO SALGADO S.FELIX-PB

CPF

João Pessoa - PB

Manoel AB
MARCUS A. B. LACERDA

LEONARDO DO NASCIMENTO 08/83

Ident. Civil e Criminal

0 +



NOME
JOSE CALIXTO DANTAS



DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR UF
1387233 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
009.706.014-33 28/04/1969

FILIAÇÃO
LUIS CALIXTO DANTAS
SEVERINA CALIXTO
DANTAS

PERMISSÃO

ACC

CATHAS

Alt

Nº REGISTRO
00515460345

VALIDADE
08/07/2018

1ª HABILITAÇÃO
22/01/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
10/07/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

90018506280
PB026584000

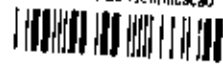
DETERAN - PB (PROBACIA)

PROVIDO PARA IDENTIFICAR

750763732

PROVIDO PARA IDENTIFICAR

750763732



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-005

Daniel de Araújo Moreira Leite

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO 1.829.439 - 2 VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 07/01/2010

COM DANIEL DE ARAÚJO MOREIRA LEITE

PLACIO FRANCISCO MOREIRA LEITE

CLÉIDE ARAÚJO LOPES MOREIRA LEITE

MUNICÍPIO DE PLACIO-PR DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977

DOC QUEMAM N.5907 VLS. 157 LIV. 3-19

CARTÓRIO 13º JUIZ DE PRAÇA PR

CPF 021.762.154-21

Assinatura: [Assinatura]

18.07.76 02.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFB1786

2017

FABIO VIEIRA DO

QFB1786

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2014

2014

PARTICULAR PRETA

31/08/2018

SOBRADO

19/01/2018

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: FABIO VIEIRA DO

Placa: QFB1786

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2014

Ano Modelo: 2014

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 31/08/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: SOBRADO

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 19/01/2018

Dut



DUT



**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): **JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS** Sinistro: **3180022588** Data: **03/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ASSENTAMENTO NSRA APARECIDA, SN - NSRA APARECIDA - São Miguel de Taipu - PB - CEP 58334000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4442849**

Data local do exame: [**07/03/2018**] **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)
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS PROXIMAL E DISTAL NOS PONTOS DE FIXAÇÃO DA HASTE INTRAMEDULAR. EVOLUIU SEM SEQUELAS ANATÔMICAS OU FUNCIONAIS PERMANENTES.

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.
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM IMPLANTAÇÃO CIRÚRGICA DE HASTA INTRAMEDULAR. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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

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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005258/18
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
CPF: 148.239.944-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/03/2017
Titular do CPF: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

JOSE CALIXTO DANTAS : 009.706.014-33

Documentos de identificação

JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS : 148.239.944-00

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.

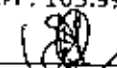
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/01/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF/CNPJ: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE


NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022588 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022588 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS PROXIMAL E DISTAL NOS PONTOS DE FIXAÇÃO DA HASTE INTRAMEDULAR. EVOLUIU SEM SEQUELAS ANATÔMICAS OU FUNCIONAIS PERMANENTES.

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM IMPLANTAÇÃO CIRÚRGICA DE HASTE INTRAMEDULAR. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

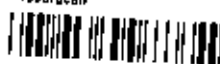
CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ CARLOS DANTAS

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: CASADO

Profissão: AGRICULTOR

Identidade: 138.7233 CPF: 009.706.014-33

Endereço: DESEMPAQUEAMENTO NOSSA SENHORA APARECIDA, S/N,
S. MIGUEL DE, E. RURAL, PARAÍBA, CEP: 58.334-000
ITAIAS

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro**
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 21 de 12 de 2017

Daniilo de Araújo Nobre Leite

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR, PB
Reconheço a firma de José Carlos Dantas
Dantas
por autenticidade. Dou fé. Em test. 21 de verdade
Pilar 21 de 12 de 2017
Daniilo de Araújo Nobre Leite

TABELIÃO

