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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200087721 **Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 22/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIAKIM DENIS BARBOSA DA 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

Pag. 01911/01912 - carta_01 - INVALIDEZ

00020956

Carta nº 15591207

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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200087721

Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VAZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200087721

Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VAZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorizacao de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

6 - CPF:

7 - Profissão: GARAGISTA

8 - Endereço: AVENIDA DUARTE LIMA

9 - Número: 383

10 - Complemento: –

11 - Bairro: CENTRO

12 - Cidade: SERRARIA

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58.395-000

15 - E-mail: avaduvocacia@outlook.com

16 - Tel.(DDD): 83 99891-3631

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3329 4 (Informar o dígito se existir) CONTA: 40.142 0 (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.

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ◉ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Sergipe - PB, 11 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL S.A.
27/01/2020 - AUTO-ATENDIMENTO - 06.53.36
0269671215

EXTRATO CONTA ANTERIOR P/SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 3329-4 CONTA: 40.142-0
CLIENTE: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
------26/12/2019		
Saldo Anterior		6,75C
------03/01/2020		
Transferido da poupanca	108609	50,00C
03/01 2696	108609-X ROBSON GUILHER	
Transferido para Poupanca	010581	21,00D
03/01 2696	510010581-6 PEDRO P MENDES	
Saldo		35,75C
------05/01/2020		
Transferido da poupanca	106249	157,00C
04/01 2696	106249-2 ADAILANE KERMA	
Compra com Cartao	188448	20,00D
05/01 16:31 POSTO SERRARIENSE		
Transferencia enviada	017986	40,00D
06/01 0527	17986-8 FLAVIA M LINS	
Pagto conta telefone	010601	34,99D
TIM S/A		
Saldo		97,76C
------07/01/2020		
Saque no TAA	770834	90,00D
07/01 16:21 SAA-GUARABIRA		
Saldo		7,76C
------10/01/2020		
Transferencia recebida	017986	40,00C
10/01 0527	17986-8 FLAVIA M LINS	
Tarifa Pacote de Servicos	460104	20,25D
Cobranca referente 10/01/2020		
Saldo		19,51C
------13/01/2020		
Transferencia recebida	040142	1.380,00C
11/01 3329	40142-0 ELIAKIM DENIS	
Pagto cartao credito	050000	847,14D
Transferencia enviada	016514	200,00D
11/01 0200	16514-X PAULA DA SILVA	
TED Transf.Eletr.Disponiv	011301	200,00D
104 2986 35938810809 JOSILENE DE LIMA		
Saldo		152,37C
------14/01/2020		
Saque no TAA	770834	100,00D
14/01 13:29 SAA-SOLANEA		
Transferencia enviada	111060	18,00D
14/01 2696	111060-8 CARLOS ALBERTO	
Saldo		34,37C
------15/01/2020		
Transferencia enviada	111060	15,00D
15/01 2696	111060-8 CARLOS ALBERTO	
Saldo		19,37C
------16/01/2020		
Transferencia recebida	107428	100,00C
16/01 2696	107428-8 JOSE ADAILTON	
Transferencia enviada	110032	19,00D
16/01 2696	110032-7 GABRIELLY RENA	
Saldo		100,37C
------20/01/2020		

*** CONTINUA NA PROXIMA PAGINA ***

Transferencia enviada	040142	100,37D
S A L D O		0,00C

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 2696-4 CONTA: 40.142-0
CLIENTE: ELIAKIM D BARBOSA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
------14/01/2020		
Saldo Anterior		0,00C
------20/01/2020		
Transferencia recebida	040142	100,37C
Transferencia recebida	110071	130,00C
20/01 2696	110071-8 MARCONES DA CO	
Compra com Cartao	523891	60,00D
20/01 14:46 ElizeteCardosoDaS		
Compra com Cartao	533584	20,00D
20/01 14:53 FCIA PAGUE MENOS 702		
Saldo		150,37C
------21/01/2020		
Saque em Corresp Bancario	016810	135,21D
Saldo		15,16C
------24/01/2020		
TED Devolvida	100003	14,00C
AG OU CNT DEST DO CRED INVAL.		
TED Devolvida	200002	14,00C
AG.OU-CNT DEST DO CRED INVAL		
TED Transf.Eletr.Disponiv	012401	14,00D
104 0737 07619080481 LUCELIA MARIA DE		
TED Transf.Eletr.Disponiv	012402	14,00D
104 0737 07619080481 LUCELIA MARIA DE		
Saldo		15,16C
------27/01/2020		
Transferencia enviada	107502	12,00D
26/01 2696	107502-0 RODRIGO DE FRE	
S A L D O		3,16C

Saldo	3,16C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	03/02/2020
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	03/02/2020

(*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.

CREDITO BB-MELHOR OFERTA*	3.443,00C

Linhas de Credito	Creditos*
Credito Novo	
BB Credito Automatico	3.443,00
Financiamentos de Bens/Servicos	
BB Crediario/Construcao	6.496,00

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para voc e estao sujeitas a confirmacao no momento da contratacao.

Veja no verso como conservar este documento, entre outras informações.

SISTEMA INTEGRADO DE DEFESA SOCIAL - POLICIA MILITAR

Nº 2018-008073418-001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Fl. 1/9

UNIDADE RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 142 CIA PM/23 BPM/7 RPM

MUNICÍPIO: DIVINOPOLIS

UNIDADE DE ÁREA RESPONSÁVEL

UNIDADE MILITAR: 142 CIA PM/23 BPM/7 RPM

UNIDADE POLICIAL: 2ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL/DIVINOPOLIS

DATA DO REGISTRO: 22/02/2018 10:17

DESTINATÁRIO: DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PLANTAO/DIVINOPOLIS

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA: LIGACAO TELEFONICA

DATA DA COMUNICAÇÃO: 22/02/2018

HORA DA COMUNICAÇÃO: 08:47

DADOS DA OCORRÊNCIA / ATIVIDADE

PROVÁVEL DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA PRINCIPAL: T00009 - ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA

ALVO DO EVENTO: XXXX

TENTADO / CONSUMADO: CONSUMADO

DATAHORA DO FATO: 22/02/2018 08:47

DATAHORA DO INÍCIO DO ATENDIMENTO NO LOCAL: 22/02/2018 10:10

DATAHORA FINAL DO ATENDIMENTO: 22/02/2018 12:03

DATAHORA FINAL DO PREENCHIMENTO: 23/02/2018 16:28

DESCRIÇÃO DO LUGAR: VIA DE ACESSO PUBLICA

COMPL. DE LOCAL MEDIATO: VIA DE ACESSO PUBLICA

LOCAL (AV., RUA, ETC): RUA ESMERALDA / RUA ESTANHO

NÚMERO: XXXX | KM: XXXX | COMPLEMENTO: XXXX | BAIRRO / VILA: NITEROI | CEP: XXXX

MUNICÍPIO: DIVINOPOLIS | UF: MG | PAÍS: BRASIL

PONTO DE REFERÊNCIA: XXXX

LATITUDE: -20º 8' 31,3" | LONGITUDE: -44º 52' 38,53"

TIPO VIA: XXXX

CAUSA PRESUMIDA: FALTA DE ATENCAO

Boletim de ocorrencia

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

ENVOLVIDO 1

SEXO: MASCULINO | TIPO ENVOLVIMENTO: CONDUTOR DO VEICULO | TIPO DE PESSOA: FISICA | COD. NATUREZA: T00009 | TENTADO / CONSUMADO: CONSUMADO

DESCRIÇÃO NATUREZA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA

NOME COMPLETO: SANDRO GONCALVES

NACIONALIDADE: BRASILEIRA | DATA NASCIMENTO: 12/11/1966 | NATURALIDADE / UF: DIVINOPOLIS / MG

IDADE APARENTE: 51 | GRAU DA LESÃO: SEM LESOES APARENTES | ESTADO CIVIL: CASADO

ORIENTAÇÃO SEXUAL: IGNORADO | IDENTIDADE DE GÊNERO: NAO SE APLICA

CUTIS: BRANCA | OCUPAÇÃO ATUAL: XXXX

MÃE: LENITA GONCALVES DA SILVA

PAI: CELIO PEREIRA GONCALVES

TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: CARTEIRA DE IDENTIDADE CIVIL

NUMERO DOCUMENTO IDENTIDADE: 5065640 | ÓRGÃO EXPEDIDOR: SESP - SECRETARIA ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA | UF: MG | CPF / CNPJ: XXXX

ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO COMPLETO (2º GRAU)

ENDEREÇO (AV., RUA, ETC): XXXX | NUMERO: XXXX | KM: XXXXX | COMPLEMENTO: XXXX

BAIRRO: XXXX | MUNICÍPIO: XXXX | UF: XX

PAÍS: XXXX | CEP: XXXX | TELEFONE RESIDENCIAL/ CELULAR: XXXX | TELEFONE COMERCIAL/ CELULAR: XXXX

PESO ESTIMADO: XXXX | ALTURA ESTIMADA: XXXX | CALVÍCIE ?: XXXX | CABELO: XXXX | COR CABELO: XXXX

COR OLHOS: XXXX | ESTRABISMO ?: XXXX | DEFICIÊNCIA FÍSICA: XXXX

AMPUTAÇÃO: XXXX

ATITUDES/SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO / XXXX

DIGITADOR: PM1271303

GERADO POR: PM1372221
27/02/2018 10:54

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRO DAS PESSOAS NATURAIS DISTRITAL DE VILA MAIA
Bananeiras - PB
Oficiala: Andréa de Medeiros Santos

SERV.NOTARIAL E REGISTRAL DIST. VILA MAIA
Rua Dr. Dionizio Maia - Dist.Vila Maia, S/N, Bananeiras

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.425-III do CPC).
Bananeiras/PB - 23/01/2020
Selo Digital:AJI08141-NEKS
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$2,77 Farpen R$0,27 MP R$0,00 Fepj R$0,56

ENVOLVIDO 1

SINAIS DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS ?	NÃO
SOFRIMENTO MENTAL	XXXX
DEFICIÊNCIA AUDIOVISUAL	XXXX
CICATRIZ	XXXX
DEFORMIDADE	XXXX
LOCAL / TIPO TATUAGEM	XXXX
LOCAL / TIPO ACESSÓRIO	XXXX
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	XXXX
ETILÔMETRO FOI UTILIZADO NESTE ATENDIMENTO ?	NÃO
MOTIVO	NÃO HOUVE NECESSIDADE
OUTROS	NÃO HOUVE NECESSIDADE
PRISÃO / APREENSÃO	SEM PRISAO
HOUVE USO DE ALGEMAS / IMOBILIZAÇÃO DE ENVOLVIDOS ?	NÃO

ENVOLVIDO 2

SEXO: MASCULINO	TIPO ENVOLVIMENTO: CONDUTOR DE VEICULO E VITIMA	TIPO DE PESSOA: FISICA	COD. NATUREZA: T00009	TENTADO / CONSUMADO: CONSUMADO

DESCRIÇÃO NATUREZA	ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA	
NOME COMPLETO	ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	DATA NASCIMENTO: 01/09/1984	NATURALIDADE / UF: GUARABIRA / PB
IDADE APARENTE: 33 / GRAU DA LESÃO: LEVES		ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ORIENTAÇÃO SEXUAL: IGNORADO	IDENTIDADE DE GÊNERO: NAO SE APLICA	
ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR: VÍTIMA REPASSADA PARA TERCEIROS	ÓRGÃO DE REPASSE: SAMU (USB)	
CUTIS: BRANCA	OCUPAÇÃO ATUAL: XXXX	
RELAÇÃO VÍTIMA / AUTOR	SEM RELACIONAMENTO	
MÃE	MARCILANE BARBOSA DA SILVA	
PAI	JOSE ADAILTON PEREIRA DA SILVA	
TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	XXXX	
NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE: XXXX	ÓRGÃO EXPEDIDOR: XXXX	UF: XX / CPF / CNPJ: XXXX
ESCOLARIDADE	ENSINO MEDIO COMPLETO (2º GRAU)	

ENDEREÇO (AV., RUA, ETC): XXXX	NÚMERO: XXXX	KM: XXXXX	COMPLEMENTO: XXXX
BAIRRO: XXXX	MUNICÍPIO: XXXX		UF: XX
PAÍS: XXXX	CEP: XXXX	TELEFONE RESIDENCIAL/ CELULAR: XXXX	TELEFONE COMERCIAL/ CELULAR: XXXX

PESO ESTIMADO: XXXX	ALTURA ESTIMADA: XXXX	CALVÍCIE ? XXXX	CABELO: XXXX	COR CABELO: XXXX
COR OLHOS: XXXX	ESTRABISMO ? XXXX	DEFICIÊNCIA FÍSICA: XXXX		
AMPUTAÇÃO	XXXX			
ATITUDES/SINAIS DE EMBRIAGUEZ	NÃO / XXXX			
SINAIS DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS ?	NÃO	SOFRIMENTO MENTAL	XXXX	
DEFICIÊNCIA AUDIOVISUAL	XXXX			
CICATRIZ	XXXX			
DEFORMIDADE	XXXX			

ENVOLVIDO 2

LOCAL / TIPO TATUAGEM: XXXX

LOCAL / TIPO ACESSÓRIO: XXXX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: XXXX

ETILÔMETRO FOI UTILIZADO NESTE ATENDIMENTO ?: NÃO

MOTIVO: NÃO HOUVE NECESSIDADE | OUTROS: NÃO HOUVE NECESSIDADE

PRISÃO / APREENSÃO: SEM PRISAO | HOUVE USO DE ALGEMAS / MOBILIZAÇÃO DE ENVOLVIDOS ?: NÃO

ENVOLVIDO 3

SEXO	TIPO ENVOLVIMENTO	TIPO DE PESSOA	COD NATUREZA	TENTADO / CONSUMADO
MASCULINO	TESTEMUNHA QUE PRESENCIOU ACORDO	FISICA	T00009	CONSUMADO

DESCRIÇÃO NATUREZA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA

NOME COMPLETO: EMERSON DE LIMA BORGES

NACIONALIDADE	DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE / UF
BRASILEIRA	24/04/1988	SAO PAULO / SP

IDADE APARENTE: 29 | ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ORIENTAÇÃO SEXUAL: IGNORADO | IDENTIDADE DE GÊNERO: NAO SE APLICA

CUTIS: PARDA | OCUPAÇÃO ATUAL: XXXX

MÃE: IVONE MARIA DE LIMA BORGES

PAI: JOAO BATISTA BORGES

TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: XXXX

NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	CPF / CNPJ
XXXX	XXXX	XX	XXXX

ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (COMPREENDE OS PRIMEIROS OITO ANOS DE ESTUDO)

ENDEREÇO (AV., RUA, ETC)	NÚMERO	KM	COMPLEMENTO
XXXX	XXXX	XXXXX	XXXX

BAIRRO	MUNICÍPIO	UF
XXXX	XXXX	XX

PAÍS	CEP	TELEFONE RESIDENCIAL/ CELULAR	TELEFONE COMERCIAL/ CELULAR
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

ANEXO TRÂNSITO

TIPO DE ACIDENTE: COLISAO FRONTAL

DANOS AO PATRIMÔNIO

PRIVADO XXXX

PÚBLICO

FEDERAL XXXX

ESTADUAL XXXX

MUNICIPAL XXXX

VEÍCULOS

VEÍCULO 1

SITUAÇÃO DO LOCAL: ACIDENTE COM VITIMA, LOCAL DESFEITO PARA DESOBSTRUIR O TRANSITO

ENVOLV. NR	SITUAÇÃO VEÍCULO	MOTIVO APREENSÃO
1	VEICULO LIBERADO	XXXX

NR. CRLV/CLA	RENAVAM	TIPO DE VEÍCULO
XXXX	XXXX	CAMINHAO/TRATOR

CHASSI	MARCA / MODELO	MUNICÍPIO	UF
34500312386676	M.B./M.BENZ L 1313	DIVINOPOLIS	MG

ESPÉCIE	CATEGORIA	ACOPLADO?	ACOPLADO AO VEÍCULO NR.
CARGA	ALUGUEL	XXXX	XXXX

PLACA	COR PREDOMINANTE	ANO EXERCÍCIO	ANO FABRICAÇÃO	SEGURO OBRIGATÓRIO ?	SEGURO OPCIONAL ?
GPY-0852	VERMELHA	XXXX	1978	XXXX	XXXX

NOME PROPRIETÁRIO: XXXX

VEÍCULOS

VEÍCULO 1

OS DADOS DO VEÍCULO FORAM VALIDADOS NO SDAK?	NÃO

DADOS CONDUTOR	EFORAM/OU DADOS DE HABILITAÇÃO?	PAÍS DE EMISSÃO	TIPO	Nº DO REGISTRO	CATEGORIA	RECOLHIDA ?	UF
	SIM	BRASIL	NOVA	03986372593	AE	NÃO	MG

DATA 1ª HABILITAÇÃO	DATA VENCIMENTO	SITUAÇÃO DO CONDUTOR
08/11/1986	28/12/2021	HABILITADO

SENTIDO DO TRÁFEGO DO VEÍCULO (ORIGEM/DESTINO)	TRAJETÓRIA	Nº OCUPANTES
CRESCENTE	CRESCENTE	1

HOUVE CONDIÇÕES DE PRODUZIR MATERIAL FOTOGRÁFICO ?
NÃO - FALTA DE EQUIPAMENTO FOTOGRÁFICO

TODOS OS OCUPANTES DO VEÍCULO

ENVOLVIDO	DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	OCUPANTE
SANDRO GONCALVES	CINTO DE SEGURANCA	CONDUTOR DO VEICULO (D300)

DANO(S) APARENTE(S)
CONFORME RELATÓRIO DE DANOS DO VEÍCULO

VEÍCULO TRANSPORTANDO CARGA	Nº DA CNH	Nº DA NOTA FISCAL	VALOR DA NOTA FISCAL	EXPEDIDOR
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

MERCADORIA TRANSPORTADA
XXXX

DINÂMICA DO ACIDENTE - VEÍCULO 1

NATUREZA DO MOVIMENTO DO VEÍCULO
SEGUINDO EM FRENTE

PONTO DE IMPACTO
FRENTE ESQUERDA

VIA: PISTA DUPLA	NÚMERO DE FAIXAS DE TRÂNSITO: 2 (DUAS)
LARGURA DA PISTA: LARGA (ACIMA DE 7.0M)	TRAÇADO DA PISTA: RETA
RELEVO DA PISTA: INCLINADO	SEPARAÇÃO FÍSICA: NAO EXISTE
CONDIÇÃO DA PISTA: BOA	
PAVIMENTO: ASFALTO	ACOSTAMENTO: BOM/BOA

CALÇADA	CARACTERÍSTICA DA VIA	MÃO DE DIREÇÃO DA VIA
BOM/BOA	CRUZAMENTO	DUPLA

OBRA DE ARTE
NAO HA OBRA DE ARTE

SUPERFÍCIE DA PISTA
SECA

TEMPO: BOM	LUMINOSIDADE: DIA
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOA	SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOA
SINALIZAÇÃO EXISTENTE: OUTROS (NO HISTORICO)	
CONTROLE DE TRÁFEGO: OUTROS (NO HISTORICO)	MARCAS LONGITUDINAIS (MÁRGAS): NAO HA
RESTRIÇÃO DE VISIBILIDADE: NAO HA	
OBRAS NA PISTA: NAO HA OBRA	VELOCIDADE PERMITIDA EM KM/H: XXXX

DANOS/AVARIAS - VEÍCULO 1

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE	
1. CABINE COM AVARIAS NA ESTRUTURA, AFETANDO COLUNA(S) DIANTEIRAS OU TRASEIRA(S), PAINEL CORTA-FOGO, SOLEIRA OU ASSOALHO	NÃO
2. CARROÇARIA COM AVARIAS NA ESTRUTURA DAS LATERAIS OU DO TETO (QUANDO HOUVER) ATINGINDO COMPARTIMENTO DE CARGA, OU COM DEFORMAÇÃO VERTICAL OU LATERAL AFETANDO O COMPARTIMENTO DE CARGA, OU AFETANDO OS COMPONENTES DE UNIÃO DA BASE DA CARROÇARIA COM O CHASSIS	NÃO
3. PARA CHOQUE TRASEIRO DANIFICADO	NÃO
4. DANO EM QUALQUER COMPONENTE DO SISTEMA DE SUSPENSÃO	NÃO
5. AVARIA EM QUALQUER UM DOS EIXOS	NÃO
6. DANO EM QUALQUER COMPONENTE DO SISTEMA DE FREIOS	NÃO
7. CHASSI COM DEFORMAÇÃO TORCIONAL MENOR OU IGUAL À ALTURA DA LONGARINA	NÃO
8. CHASSI COM DEFORMAÇÃO VERTICAL MENOR OU IGUAL À ALTURA DA LONGARINA	NÃO
9. CHASSI COM DEFORMAÇÃO LATERAL MENOR OU IGUAL À DISTÂNCIA INTERNA ENTRE AS LONGARINAS	NÃO
10. CHASSI COM DEFORMAÇÃO TORCIONAL MAIOR QUE A ALTURA DA LONGARINA	NÃO

VEÍCULOS

DANOS/AVARIAS - VEÍCULO 1

11. CHASSI COM DEFORMAÇÃO VERTICAL MAIOR QUE A ALTURA DA LONGARINA	NÃO
12. CHASSI COM DEFORMAÇÃO LATERAL MAIOR QUE A DISTÂNCIA INTERNA ENTRE AS LONGARINAS	NÃO
13. CHASSI COM REGIÃO TERMICAMENTE AFETADA COM DIMENSÃO MENOR OU IGUAL A 2/3 DO COMPRIMENTO DO CHASSI	NÃO
14. CHASSI AFETADO TERMICAMENTE NA REGIÃO ONDE ESTÁ FIXADA A SUSPENSÃO	NÃO
15. CHASSI COM REGIÃO TERMICAMENTE AFETADA COM DIMENSÃO MAIOR QUE 2/3 DO COMPRIMENTO DO CHASSI.	NÃO
16. AIR BAGS (SE EXISTIR)	NÃO

TOTAL SIM	TOTAL NA	TOTAL GERAL (SIM + NA)	MONTA
		0	PEQUENA

OBSERVAÇÕES
QUEBRA DA SETA LADO ESQUERDO E DA CARENAGEM DE FIBRA DO FAROL.

TERMO DE VISTORIA - VEÍCULO 1

ENVOLVIDO NR.	PLACA	CHASSIS	RENAVAM	ODÔMETRO
1	GPY0852	34500312386676	XXXX	XXXX

ITENS DO VEÍCULO

PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO ?	SIM	PÁRA-CHOQUE TRASEIRO ?	SIM	PNEUS DIANTEIROS ?	SIM	PNEUS TRASEIROS ?	SIM
ESTEPE (PNEU SOBRESSALENTE) ?	SIM	CALOTAS ?	SIM	FARÓIS ESPECIAIS (MILHA) ?	SIM	LANTERNAS ?	SIM
LIMPADORES DE PÁRA-BRISA ?	SIM	CALHAS ?	SIM	PÁRA-BRISA DIANTEIRO ?	SIM	VIDROS PORTAS/JANELAS ?	SIM
FARÓIS DIANTEIROS ?	SIM	FECHADURAS(INCLUSIVE P. MALAS) ?	SIM	BANCOS ?	SIM	VOLANTE ?	SIM
ESPELHO RETROVISOR INTERNO ?	SIM	CINTOS DE SEGURANÇA ?	SIM	TAPETES ?	SIM	BAGAGEIRO ?	SIM
ALTO-FALANTES ?	SIM	BATERIA ?	SIM	BUZINA ?	SIM	EXTINTOR DE INCÊNDIO ?	SIM
TRIÂNGULO ?	SIM	CHAVES DE RODA/FERRAMENTAS ?	SIM	MACACO ?	SIM	CONSOLE ?	SIM
DVD ?	SIM	TV ?	SIM	RÁDIO ?	SIM	TOCA-FITAS ?	SIM
RÁDIO/TOCA-FITAS ?	SIM	RÁDIO/TOCA-CD ?	SIM	DISQUETEIRA ?	SIM	INDICADOR DE COMBUSTÍVEL	3/4 DE TANQUE

OBSERVAÇÕES
XXXX

DANOS APARENTES NO VEÍCULO
CONFORME RELATÓRIO DE DANOS DO VEÍCULO

RECIBO

DATA	HORA	MATRÍCULA / RG	NOME COMPLETO
23/02/2016	16:27	XXXX	SANDRO GONCALVES

UNIDADE MILITAR / POLICIAL
XXXX

VEÍCULO CUSTODIADO A TERCEIRO

RECEBI O VEÍCULO NAS CONDIÇÕES ACIMA CITADAS ASSINATURA:

VEÍCULO 2

SITUAÇÃO DO LOCAL
ACIDENTE COM VITIMA, LOCAL DESFEITO PARA DESOBSTRUIR O TRANSITO

ENVOLV. NR. 2	SITUAÇÃO VEÍCULO VEICULO LIBERADO			MOTIVO APREENSÃO XXXX	
NR. ORI.VICIA XXXX	RENAVAM XXXX			TIPO DE VEÍCULO MOTOCICLETA	
CHASSI 9C2JC4120AR152103	MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES			MUNICÍPIO DIVINOPOLIS	UF MG
ESPÉCIE PASSAGEIRO	CATEGORIA XXXX			ACOPLADO? XXXX	ACOPLADO AO VEÍCULO NR. XXXX
PLACA HGC-5297	COR PREDOMINANTE PRETA	ANO EXERCICIO XXXX	ANO FABRICAÇÃO 2010	SEGURO OBRIGATÓRIO ? XXXX	SEGURO OPCIONAL ? XXXX

NOME PROPRIETÁRIO
XXXX

OS DADOS DO VEÍCULO FORAM VALIDADOS NO SDAK?	NÃO					
DADOS CONDUTOR	FORNECEU DADOS DE HABILITAÇÃO? SIM	PAÍS DE EMISSÃO BRASIL	TIPO NOVA	Nº DO REGISTRO 02945185019	CATEGORIA AD	RECOLHIDA ? NÃO	UF MG
DATA 1ª HABILITAÇÃO 18/07/2003	DATA VENCIMENTO 12/09/2022	SITUAÇÃO DO CONDUTOR HABILITADO					

VEÍCULOS

VEÍCULO 2

SENTIDO DO TRAFEGO DO VEICULO (ORIGEM/DESTINO)	TACOGRAFO	Nº OCUPANTES
DECRESCENTE	DECRESCENTE	1

POUVE CONDIÇÕES DE PRODUZIR MATERIAL FOTOGRÁFICO ?
NÃO - FALTA DE EQUIPAMENTO FOTOGRÁFICO

TODOS OS OCUPANTES DO VEICULO

ENVOLVIDO	DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	OCUPANTE
ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA	CAPACETE COM PROTETOR VISUAL	CONDUTOR DE VEICULO E VITIMA (1305)

DANO(S) APARENTE(S)
CONFORME RELATÓRIO DE DANOS DO VEÍCULO

VEICULO TRANSPORTANDO CARGA	Nº DA ONU	Nº DA NOTA FISCAL	VALOR DA NOTA FISCAL	EXPEDIDOR
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

MERCADORIA TRANSPORTADA
XXXX

DINÂMICA DO ACIDENTE - VEÍCULO 2

NATUREZA DO MOVIMENTO DO VEÍCULO
SEGUINDO EM FRENTE

PONTO DE IMPACTO
FRENTE ESQUERDA

VIA	NUMERO DE FAIXAS DE TRÂNSITO
PISTA DUPLA	2 (DUAS)
LARGURA DA PISTA: LARGA (ACIMA DE 7.0M)	TRAÇADO DA PISTA: RETA
RELEVO DA PISTA: INCLINADO	SEPARAÇÃO FISICA: NAO EXISTE

CONDIÇÃO DA PISTA
BOA

PAVIMENTO	ACOSTAMENTO
ASFALTO	BOM/BOA

CALÇADA	CARACTERISTICA DA VIA	MÃO DE DIREÇÃO DA VIA
BOM/BOA	CRUZAMENTO	DUPLA

OBRA DE ARTE
NAO HA OBRA DE ARTE

SUPERFICIE DA PISTA
SECA

TEMPO	LUMINOSIDADE
BOM	DIA
SINALIZAÇÃO VERTICAL: BOA	SINALIZAÇÃO HORIZONTAL: BOA

SINALIZAÇÃO EXISTENTE
OUTROS (NO HISTORICO)

CONTROLE DE TRAFEGO	MARCAS LONGITUDINAIS (VIÁRIAS)
OUTROS (NO HISTORICO)	NAO HA

RESTRIÇÃO DE VISIBILIDADE
NAO HA

OBRAS NA PISTA	VELOCIDADE PERMITIDA EM KM/H
NAO HA OBRA	XXXX

DANOS/AVARIAS - VEÍCULO 2

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

1. GARFO DIANTEIRO	NÃO
2. MESA SUPERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA	NÃO
3. MESA INFERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA	NÃO
4. COLUNA DE DIREÇÃO	NÃO
5. CHASSI	NÃO
6. GARFO TRASEIRO	NÃO
7. EIIXO TRASEIRO (TRICICLOS)	NÃO

TOTAL SIM	TOTAL NA	TOTAL GERAL (SIM + NA)	MONTA
0		0	PEQUENA

OBSERVAÇÕES
AMASSAMENTO DO GUIDÃO E TANQUE DE COMBUSTÍVEL.

TERMO DE VISTORIA - VEÍCULO 2

ENVOLVIDO NR.	PLACA	CHASSIS	RENAVAM	ODÔMETRO
2	HGC5297	9C2JC4120AR152103	XXXX	XXXX

DIGITADOR: PM1271303

SERV.NOTARIAL E REGISTRAL DIST.VILA MAIA
Rua Dr. Dionizio Maia - Dist.Vila Maia, S/N, Bananeiras

GERADO POR: PM1572221
27/02/2018 10:54

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.425-III do CPC).
Bananeiras/PB - 23/03/2020
Selo Digital:AJI08108-2YP8
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$2,77 Farpen R$0,27 MP R$0,00 Fepj R$0,56

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRO DAS PESSOAS NATURAIS DISTRITAL DE VILA MAIA
Bananeiras - PB
Oficiala: Andréa de Medeiros Santos

VEÍCULOS

TERMO DE VISTORIA - VEÍCULO 2

ITENS DO VEÍCULO

PARA-CHOQUE DIANTEIRO ?	SIM	PARA-CHOQUE TRASEIRO ?	SIM	PNEUS DIANTEIROS ?	SIM	PNEUS TRASEIROS ?	SIM
ESTEPE (PNEU SOBRESSALENTE) ?	SIM	CALOTAS ?	SIM	FARÓIS ESPECIAIS (MILHA) ?	SIM	LANTERNAS ?	SIM
LIMPADORES DE PARA-BRISA ?	SIM	CALHAS ?	SIM	PARA-BRISA DIANTEIRO ?	SIM	VIDROS PORTAS/JANELAS ?	SIM
FARÓIS DIANTEIROS ?	SIM	FECHADURAS(INCLUSIVE P. MALAS) ?	SIM	BANCOS ?	SIM	VOLANTE ?	SIM
ESPELHO RETROVISOR INTERNO ?	SIM	CINTOS DE SEGURANÇA ?	SIM	TAPETES ?	SIM	BAGAGEIRO ?	SIM
ALTO-FALANTES ?	SIM	BATERIA ?	SIM	BUZINA ?	SIM	EXTINTOR DE INCÊNDIO ?	SIM
TRIÂNGULO ?	SIM	CHAVES DE RODA/ FERRAMENTAS ?	SIM	MACACO ?	SIM	CONSOLE ?	SIM
DVD ?	SIM	TV ?	SIM	RÁDIO ?	SIM	TOCA-FITAS ?	SIM
RÁDIO/TOCA-FITAS ?	SIM	RÁDIO/TOCA-CD ?	SIM	DISQUETEIRA ?	SIM	INDICADOR DE COMBUSTÍVEL: MEIO TANQUE DE COMBUSTIVEL	

OBSERVAÇÕES
XXXX

DANOS APARENTES NO VEÍCULO
CONFORME RELATÓRIO DE DANOS DO VEÍCULO

RECIBO

DATA	HORA	MATRÍCULA / RG	NOME COMPLETO
23/02/2018	16:27	XXXX	EMERSON DE LIMA BORGES

UNIDADE MILITAR / POLICIAL
XXXX

VEÍCULO CUSTODIADO A TERCEIRO

RECEBI O VEÍCULO NAS CONDIÇÕES ACIMA CITADAS | ASSINATURA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA / ATIVIDADE

COMPARECEMOS AO LOCAL DO ACIDENTE, ONDE DEPARAMOS COM O SR. SANDRO GONÇALVES CONDUTOR DO CAMINHÃO PLACAS GPY-0852. QUE NARROU-NOS QUE TRANSITAVA PELA RUA ESMERALDA SENTIDO PORTO VELHO, QUANTO PERCEBEU QUE UM CAMINHÃO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO PAROU REPENTINAMENTE NO CRUZAMENTO DA RUA DO ESTANHO E AINDA VISUALIZOU QUE A MOTOCICLETA QUE TRANSITAVA ATRÁS DESTE CAMINHÃO TEVE QUE JOGAR A DIREÇÃO PARA A ESQUERDA ATINGINDO A PISTA DE ROLAMENTO NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, TENDO A MESMA COLIDIDO CONTRA A FRENTE DE SEU CAMINHÃO , QUE NESTE MOMENTO JÁ ESTAVA QUASE PARADO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA PLACA HGC-5297, SR. ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA , DEVIDO AO IMPACTO , FOI SOCORRIDO PELO SAMU, QUE O ENCAMINHOU AO HOSPITAL SANTA MÔNICA. NO LOCAL ESTAVA PRESENTE O SR. EMERSON DE LIMA BORGES , PRIMO DA VÍTIMA / MOTOCICLISTA , QUE CONFIRMOU A VERSÃO DO CONDUTOR DO CAMINHÃO , FICANDO RESPONSÁVEL PELA RETIRARA DA MOTOCICLETA E ASSUMIU OS DANOS CAUSADOS NO CAMINHÃO DE SANDRO , CONFORME A VONTADE DA VÍTIMA. ELIAKIM SOFREU ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO E PERNA ESQUERDA E ATÉ O MOMENTO DESTE ATENDIMENTO NÃO FOI POSSÍVEL APURAR O TAMANHO DA LESÃO CAUSADA NO MESMO, FICANDO EM OBSERVAÇÃO NO HOSPITAL. REGISTRO PARA FUTUROS FINS.

Perícia Técnica

PERÍCIA TÉCNICA COMPARECEU?	PREFIXO DA VIATURA	PLACA DA VIATURA	PERITO (MATRÍCULA - NOME)
NAO	XXXX	XXXX	XXXX - XXXX

MOTIVO DO NÃO COMPARECIMENTO
ACIDENTE DE PEQUENA MONTA

VIATURAS

VIATURA 1

TIPO DA VIATURA	ORGÃO
PRINCIPAL	POLICIA MILITAR

DESCRIÇÃO / OBSERVAÇÃO
VIATURA COM CELA -

PLACA	PREFIXO / ÓRGÃO	REGISTRO GERAL	PREFIXO PADRÃO	PROBLEMAS DURANTE O ATENDIMENTO
PYW3514	PM	25042	XXXX	XXXX

MILITARES/POLICIAIS INTEGRANTES

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA	MATRÍCULA	CARGO
1	1167808	CABO

NOME COMPLETO
PAULO DE OLIVEIRA JUNIO

CORPORAÇÃO
POLICIA MILITAR

DIGITADOR: PM1271303

GERADO POR: PM1572221
27/07/2018 10:54

SISTEMA INTEGRADO DE DEFESA SOCIAL - POLICIA MILITAR | Nº 2018-008073418-001

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Fl. 8/9

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

UNIDADE: 2 PEL/142 CIA PM/23 BPM/7 RPM | Hipossuficiente?: NÃO

MILITAR/POLICIAL INTEGRANTE

NUM VIATURA	MATRÍCULA	CARGO
1	1271303	3 SARGENTO

NOME COMPLETO: JOAO PAULO SALDANHA PEREIRA

CORPORAÇÃO: POLICIA MILITAR

UNIDADE: 2 PEL/142 CIA PM/23 BPM/7 RPM | Hipossuficiente?: NÃO

DADOS PARA CONTROLE INTERNO/RELATOR DA OCORRÊNCIA

UNIDADE: 2 PEL/142 CIA PM/23 BPM/7 RPM

MATRÍCULA: 1271303 | NOME COMPLETO: JOAO PAULO SALDANHA PEREIRA

CARGO: 3 SARGENTO

CORPORAÇÃO: POLICIA MILITAR

ASSINATURA:

RECIBO DA AUTORIDADE A QUE SE DESTINA OU SEU AGENTE / AUXILIAR POLICIAL OU RECIBO DO RESPONSÁVEL CIVIL

DESTINATÁRIO / RECIBO 1

Recebi o "Boletim de Ocorrência" de Número BO XXXX e Número de REDS 2018-008073418-001 para conhecimento e providências, bem como as pessoas, materiais, objetos, animais, substâncias e/ ou documentos que, existindo, estejam descritos ou assinalados neste documento.

DATA	HORA	MATRÍCULA	NOME
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

CARGO: XXXX

ÓRGÃO/UF: POLICIA CIVIL / MG

UNIDADE: DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PLANTAO/DIVINOPOLIS

PROVIDÊNCIA A SER TOMADA PELA AUTORIDADE: XXXX

ITENS ENTREGUES A ESTE DESTINATÁRIO: XXXX

ASSINATURA:

RECIBO GERADO POR: PM1271303 - JOAO PAULO SALDANHA PEREIRA | DATA DE CRIAÇÃO DO RECIBO: 23/02/2018 14:52

DESTINATÁRIO / RECIBO 2

DATA	HORA	MATRÍCULA	NOME
22/02/2018	12:00	XXXX	SANDRO GONCALVES

ÓRGÃO/UF: PROPRIETARIO/ REPRESENTANTE LEGAL / MG

- VEÍCULOS 1

ASSINATURA:

RECIBO GERADO POR: PM1271303 - JOAO PAULO SALDANHA PEREIRA | DATA DE CRIAÇÃO DO RECIBO: 23/02/2018 16:27

DESTINATÁRIO / RECIBO 3

DATA	HORA	MATRÍCULA	NOME
22/02/2018	12:00	XXXX	EMERSON DE LIMA BORGES

ÓRGÃO/UF: PROPRIETARIO/ REPRESENTANTE LEGAL / MG

DIGITADOR: PM1271303

GERADO POR: PM1572221
27/02/2018 10:54

SISTEMA INTEGRADO DE DEFESA SOCIAL - POLICIA MILITAR	Nº 2018-008073418-001
BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Fl. 9/9

- VEÍCULOS 2

ASSINATURA

RECIBO GERADO POR.	DATA DE CRIAÇÃO DO RECIBO.
PM1271303 - JOAO PAULO SALDANHA PEREIRA	23/02/2018 16:27

******** FIM DO REGISTRO: O RESTANTE DA PÁGINA DEVE SER INUTILIZADO. ********

SERV.NOTARIAL E REGISTRAL DIST.VILA MAIA
Rua Dr. Dionizio Maia - Dist.Vila Maia, S/N, Bananeiras

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.425-III do CPC).
Bananeiras/PB - 23/01/2020
Selo Digital:AJI08114-JDQV
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$2,77 Farpen R$0,27 MP R$0,00 Fepj R$0,56

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRO DAS PESSOAS NATURAIS DISTRITAL DE VILA MAIA
Bananeiras - PB
Oficiala: Andréa de Medeiros Santos

DIGITADOR: PM1271303

GERADO POR: PM1572221
27/02/2018 10:54

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Ander - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Declaracao de Inexistencia de IML

O PEDIDO DO SEGURO DPVAT ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

nu bank

ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
FATURA 21 JAN 2020 EMISSÃO E ENVIO 14 JAN 2020

Comprovante de residencia

EVITE PROBLEMAS COM SEU PAGAMENTO: NÃO EDITE O CÓDIGO DE BARRAS OU PAGUE O MESMO BOLETO DUAS VEZES.

Caso o boleto já tenha vencido ou se você quiser pagar um valor diferente do total, gere **um novo boleto no nosso aplicativo.**

Nome do Beneficiário	CNPJ/CPF	Data de Vencimento	Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	21/01/2020	840,21
Agência / Código do Beneficiário: —	Nosso Número: 26/00184128938-7	Autenticação Mecânica	

Bradesco | 237-2 | **23793.38128 60018.412894 38000.063305 1 81410000084021**

Local de Pagamento: Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso	Vencimento: 21/01/2020
Beneficiário: Nu Pagamentos S.A. — CNPJ/CPF: 18236120000158	Agência / Código do Beneficiário: --
Data do Documento: 14/01/2020 — Nº do Documento: 184128938 — Espécie Doc: DM — Aceite: N — Data de Processamento: 14/01/2020	Nosso Número / Cód. do Documento: 26/00184128938-7
Uso do Banco — Carteira: 26 — Espécie Moeda: R$ — Quantidade Moeda — Valor Moeda	(=) Valor do Documento: 840,21
Instruções: Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.	(-) Desconto / Abatimento: 0,00
	(-) Outras Deduções: 0,00
	(+) Mora / Multa: 0,00
	(+) Outros Acréscimos: 0,00
Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.	(=) Valor Cobrado: 840,21
Pagador: Eliakim Denis Barbosa da Silva — Avenida Duarte 151 casa — 58395000 - centro - Serraria PB	05366862469
Código de Baixa	
Autenticação Mecânica	FICHA DE COMPENSAÇÃO

nubank

ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
FATURA 21 JAN 2020 EMISSÃO E ENVIO 14 JAN 2020

EVITE PROBLEMAS COM SEU PAGAMENTO: NÃO EDITE O CÓDIGO DE BARRAS OU PAGUE O MESMO BOLETO DUAS VEZES.

Caso o boleto já tenha vencido ou se você quiser pagar um valor diferente do total, **gere um novo boleto no nosso aplicativo.**

Nome do Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.	CNPJ/CPF: 15236120000158	Data de Vencimento: 21/01/2020	Valor Cobrado: 640,21
Agência / Código do Beneficiário: ---	Nosso Número: 26/00184128936-7	Autenticação Mecânica	

Bradesco | 237-2 | **23793.38128 60018.412894 38000.063305 1 81410000084021**

Local de Pagamento: Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento: 21/01/2020
Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.				CNPJ/CPF: 18236120000158	Agência / Código do Beneficiário: ---
Data do Documento: 14/01/2020	Nº do Documento: 184126938	Espécie Doc: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 14/01/2020	Nosso Número / Cód. de Documento: 26/00184128936-7
Uso do Banco	Carteira: 26	Espécie Moeda: R$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento: 640,21

Instruções:
Sr. Caixa:
1) Não aceitar pagamento em cheque;
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.

(-) Desconto / Abatimento: 0,00
(-) Outras Deduções: 0,00
(+) Mora / Multa: 0,00
(+) Outros Acréscimos: 0,00
(=) Valor Cobrado: 640,21

Beneficiário: Nu Pagamentos S.A.

Pagador: Eliakim Denis Barbosa da Silva
Avenida Duarte 151 casa
58395000 - centro - Serraria PB
05366862469

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

Comprovante de residencia

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083

Conta referente a: Jan / 2020

Apresentação: 13/01/2020

UC (Unidade Consumidora):

Anterior

Atu

Data 12/12/19 Leitura 7176 Data 13/01/20

3501 Consumo em kWh

3501 Adic. B.Amarela

3501 CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

TOTAL

Código de Classificação de bem

Tarifa de Tributos 0,545400

VENCIMENTO 20/01/2020

TOTAL A PAGAR R$ 50,17

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19

RESERVADO AO FISCO

dab9.71e9.0241.a240.3633.241a.19c5.383e.

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Energia de Det. da Energia/PIS	11,28	22,64
Serviços de Energia	14,87	29,86
Serviços de Transmissão	1,69	3,39
Encargos Setoriais	1,71	3,43
Impostos Outros e Encargos	20,64	41,46
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	50,17	100,00

Valor de Efeito (Ref. 11/2019) R$ 15,15

Indicadores de Qualidade 11/2019 - BANDEIRAS

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
IC MENSAL	5,81	0,00	NOMINAL	220
IC TRIMESTRAL	1,82			
IC ANUAL	23,84			
DIC MENSAL	2,30	0,00	CONTRATADO	202
DIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR	194
DIC ANUAL	13,45		LIMITE SUPERIOR	214
FIC MENSAL	3,65	0,00		
FIC TRIMESTRAL	12,22			
FIC ANUAL				

ATENÇÃO

Avisos do Cliente

Declaracao Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 Clara Natalia Mendes Pinho, portador(a) do RG nº 2364998, expedido por SSP/PB, em 25/09/96, CPF/CNPJ nº 049.199.424-94, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Elakim Denis Barbosa da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Elakim Denis Barbosa da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R$ 500,00

Documentos comprobatórios: Imposto de Renda

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Documentacao medico- hospitalar

Paciente: 40215 - ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA — Idade: 33 Anos 5 Meses 21 Dias

Data de Nascimento: 01/09/1984

Prestador Assistente: RODRIGO DIAS VILLANO

Conselho / Número Cons.: CRM 73786 — Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 117312 — Leito: — Admissão: 22/02/2018 09:12

Convênio: SAÚDE VIDA — Plano: PLANO APARTAMENTO

EVOLUÇÃO: 280906 (FECHADO)

Responsável: NATHALIA RIBEIRO LIMA - COREN 473256 — Data de Referência: 22/02/2018

Data/Hora do Documento: 22/02/2018 11:17

11:17 APÓS REALIZAÇÃO DO RX E REVALIAÇÃO MEDICA, REALIZADO ENFAIXAMENTO DE MIE. LIBERADO SOB ORDEM MÉDICA.

EVOLUÇÃO: 280754 (FECHADO)

Responsável: NATHALIA RIBEIRO LIMA - COREN 473256 — Data de Referência: 22/02/2018

Data/Hora do Documento: 22/02/2018 10:02

09:30 RECEBO CLIENTE EM SALA DE OBSERVAÇÃO DA ORTOPEDIA, IMOBILIZADO EM PRANCHA PELO CORPO DE BOMBEIROS, LUCIDO, CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, ANSIOSO, COMUNICATIVO. RELATA TER SOFRIDO UMA COLISÃO FRONTAL COM UM CAMINHAO, SEGUNDO O SARGENTO DO CORPO DE BOMBEIRO, NO LOCAL DO ACIDENTE,PACIENTE APRESEAVA GLASGOW 15. QUEIXANDO FORTE DOR EM MIE E ESCORIÇÕES NO MESMO. AVALIADO PELA CLINICA MÉDICA E ORTOPEDICA, REALIZADO CURATIVO DE ESCORIAÇÕES E PUNCIONADO AVP COM SCALP 21 PARA ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO PRESCRITA, AGUARDA RX.

NATHALIA RIBEIRO LIMA
COREN 473256

Hospital Santa Mônica
CNPJ: 23.173.320/0001-48
Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 22/02/2018
Folha: 01
Identificação:
Ficha Ambulatorial
117312

Rua Pedro Ferreira do Amaral, 33 - Padre Ubério - Divinópolis - MG Func.: FERNALDO SILVA

Dados do Paciente

Nome.....: ELIANJIN DENIS BARBOSA DA SILVA
Data Nasc.....: 01/09/1984
Mãe.....: MARCELANE FERREIRA DA SILVA
Pai.....:
Naturalidade..:
Estado Civil...: [illegible]
Endereço.....: [illegible] CORREIA No.: [illegible]
Bairro.....: SANTA ROSA

Prontuário...: 40417
Sexo.:: [illegible]
Telefone...: [illegible]
Identidade..:
CPF..: [illegible]
Conjuge..:
CEP..: [illegible]
Cidade...: DIVINÓPOLIS

Dados do Atendimento

Convênio.....: SAÚDE VIVA
Matrícula.....: 1369192
Guia.....: 20561
Valid.Cart.....: 30/01/2019
Tipo Plano....: PLANO APARTAMENTO
Médico.....: HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MONICA
Procedimento: 10101039 - [illegible]

Dt Atendimento... 22/02/2018
Hr Atendimento.: [illegible] AM
Clínica.....: [illegible]
Especialidade.....: [illegible]
Localização.....:

Termo de Responsabilidade

O responsável autoriza o Hospital Santa Mônica, mediante assinatura do presente instrumento, para que o mesmo execute todos os serviços médico-hospitalares que forem necessários ao tratamento do paciente acima mencionado. Sendo assim, fica o Hospital desde já autorizado a realizar todos e quaisquer procedimentos com o fim específico de atender ao paciente em questão. Mais esta concordância que, caso a operadora do plano de saúde não cubra com os custos do tratamento, os mesmos serão cobrados de acordo com a tabela de preços particulares do Hospital Santa Mônica.

Assi.: Paciente/Responsável
ELIANJIN DENIS BARBOSA DA SILVA

Ass.: Funcionário Hospital Santa Mônica
FERNALDO SILVA

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/02/2018 10:52:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELIANIM DENIS BARBOSA DA SILVA RG: [illegible]

IDADE: 23 Anos SEXO MASCULINO ALTURA

Data de Nascimento 01/07/1994

PRESTADOR ASSISTENTE: RODRIGO DIAS VILLANO

DATA DE ATENDIMENTO: 22/02/2018 09:17:55 ATENDIMENTO: 117312 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Hora e 1

CONVÊNIO SAUDE VIDA PLANO: PLANO APARTAMENTO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S824 - FRATURA DO PERÓNIO (FÍBULA)

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)

DIAGNÓSTICO INICIAL: S824 - FRATURA DO PERÓNIO (FÍBULA)

DIAGNÓSTICO DE ALTA S824 - FRATURA DO PERÓNIO (FÍBULA)

TRATAMENTO FISIOTERÁPEUTICO

PRESTADOR RODRIGO DIAS VILLANO ULTIMA: 22/02/2018

EVOLUÇÃO

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM DOR EM PERNA E E MÃOS
ADM DF
RX MÃOS SEM ALTERAÇÕES.
RX PERNA COM FRATURA AVULSÃO DA CABEÇA DA FIBULA
CD: IMOBILIZADOR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA

RODRIGO DIAS VILLANO
CRM-23288

Hospital Santa Mônica
CNPJ 23.777.770/0001-48
Ficha de Atendimento Ambulatorial

Rua Pedro Ferreira do Amaral, 33 - Padre Libério - Divinópolis - MG Fone: [illegible]

Data: 22/02/2016
Form: 01
Identificação:
Ficha Ambulatorial
117312

Dados do Paciente

Nome:	ELTARIN [illegible] BARBOSA DA SILVA	Prontuário:	[illegible]
Data Nasc.:	[illegible]	Sexo:	[illegible]
Mãe:	[illegible] BARBOSA DA SILVA	Telefone:	[illegible]
Pai:		Identidade:	
Naturalidade:		CPF:	[illegible]
Estado Civil:	[illegible]	Conjuge:	
Endereço:	[illegible] No. [illegible]	CEP:	[illegible]
Bairro:	SANTA MÔNICA	Cidade:	[illegible]

Dados do Atendimento

Convênio:	SAUDE [illegible]	Dt Atendimento:	22/02/2016
Matrícula:	[illegible]	Hr Atendimento:	[illegible]
Guia:	[illegible]	Clínica:	[illegible]
Valid.Cart.:	[illegible]	Especialidade:	[illegible]
Tipo Plano:	PLANO [illegible]	Localização:	
Médico:	HOSPITAL [illegible]		
Procedimento:	[illegible]		

Termo de Responsabilidade

O responsável autoriza o Hospital Santa Mônica mediante assinatura do presente instrumento, para que o mesmo [illegible] medicamentosos que forem necessários ao tratamento do paciente acima mencionado. Sendo assim, [illegible] o Hospital desde já [illegible] todos e quaisquer procedimentos [illegible] do paciente em questão. Manifesta concordância em que o operador do plano de saúde não arque com os custos do tratamento, os mesmos serão cobrados de acordo com a tabela de preços particulares do Hospital Santa Mônica.

[illegible] Responsável
ELTARIN [illegible] BARBOSA DA SILVA

[illegible]

09:30 RECEBO CLILNTE EM SALA DE OBSERVAÇÃO DA ORTOPEDIA, IMOBILIZADO PRANCHA PELO CORPO DE BOMBEIROS, LUCIDO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO ANSIOSO, COMUNICATIVO. RELATA TER SOFRIDO UMA COLISÃO FRONTAL COM UM CAMINHAO, SEGUNDO O SARGENTO DO CORPO DE BOMBEIRO, NO LOCAL DO ACIDENTE,PACIENTE APRESEAVA GLASGOW 15, QUEIXANDO FORTE DOR EM MIE E ESCORIÇÕES NO MESMO. AVALIADO PELA CLINICA MEDICA E ORTOPEDICA. REALIZADO CURATIVO DE ESCORIAÇÕES E PUNCIONADO AVP COM SCALP 21 PARA ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO PRESCRITA. AGUARDA RX.

NATHALIA RIBEIRO LIMA
COREN 473256

DATA: 17/03/2018 10:41

PACIENTE: 000004021 6 ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
ATENDIMENTO: 00124258
LOCAL: 4º ANDAR-403 APTO
MÉDICO: RONALDO LOPES CANCADO CRM: 18059
CONVÊNIO: SAUDE VIDA

IDADE: 33
DATA: 15/03/2018 GESO
SEXO: MASCULINO
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
PLANO: PLANO APARTAMENTO

Motivo da Admissão: POS OP DE L/CP A ESQ

Diagnóstico de Alta:

Outros Diagnósticos: ☐ Nenhum

☐ Alergia ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes Mellitus ☐ Doença Renal ☐ Hipertensão Arterial ☐ Pneumopatia ☐ Outros

Resumo da Internação

Achados Clínicos / Cirúrgicos Significativos:

Evolução Clínica Cirúrgica:

Tratamento:

TROCA DE CURATIVO DIARIA
RETORNO COM DR RONALDO 99907-7230

Procedimentos Cirúrgicos

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia: Data:

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia: Data:

Procedimentos Não Cirúrgicos (Exames Invasivos, com sedação ou com anestesia)

Procedimento:

Tipo de Anest./Sedação: Data:

Procedimento:

Tipo de Anest./Sedação: Data:

Condição de Alta

DATA DA ALTA: 17/03/2018 ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito ☐ Outros

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento Domiciliar ☐ Transferência Local:

Assinatura / Carimbo do Responsável

Hospital Santa Mônica
CNPJ: 23.992.795/0001-46
Ficha de Atendimento Ambulatorial

Rua Pedro Ferreira do Amaral, 33 - Pedro Liberio - Divinópolis - MG Fone: [illegible]

Data: 28/02/2016
Folha 01
Identificação
Ficha Ambulatorial
118523

Dados do Paciente

Nome: [illegible]
Data Nasc.: [illegible]
Mãe: [illegible]
Pai: [illegible]
Naturalidade: [illegible]
Estado Civil: [illegible]
Endereço: [illegible] Nº: [illegible]
Bairro: [illegible]

Prontuário: [illegible]
Sexo: [illegible]
Telefone: [illegible]
Identidade: [illegible]
CPF: [illegible]
Conjuge: [illegible]
CEP: [illegible]
Cidade: [illegible]

Dados do Atendimento

Convênio: [illegible]
Matrícula: [illegible]
Guia: [illegible]
Valid.Card.: [illegible]
Tipo Plano: [illegible]
Médico: [illegible]
Procedimento: [illegible]

Dt Atendimento: [illegible]
Hr Atendimento: [illegible]
Clínica: [illegible]
Especialidade: [illegible]
Localização: [illegible]

Termo de Responsabilidade

O responsável autoriza o Hospital Santa Mônica, mediante assinatura do presente instrumento, bem que o mesmo aceita todos os serviços médico-hospitalares que forem necessários ao tratamento do paciente acima nominado. Sendo assim, fica o hospital desde já autorizado a executar todos e quaisquer procedimentos com o fim específico de atender ao paciente em questão, mantendo concordância que, nesta ocorrência do pagamento das suas despesas com os custos do tratamento, os mesmos serão cobrados de acordo com a tabela de preços particulares do Hospital Santa Mônica.

Responsável
JOÃO BATISTA BORGES

Responsável Hospitalar
MARINA GAMA

Paciente: 40210 - ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
Idade: 33 Anos 5 Meses 25 Dias

Data de Nascimento: 01/09/1984

Prestador Assistente: RONALDO LOPES CANCADO

Conselho / Número Cons.: CRM 16059
Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 116523
Leito:
Admissão: 26/02/2018 13:17
Convênio: SAUDE VIDA
Plano: PLANO APARTAMENTO

EVOLUÇÃO: 284755 (FECHADO)

Responsável: CYNTIA ILSARA DA SILVA - COREN 409562
Data de Referência: 26/02/2018
Data/Hora do Documento: 26/02/2018 14:26

14,15 REALIZADO CURATIVO EM JOELHO DIREITO LAVADO COM CLORETO DE SODIO 0,9%, TINTURA 5ML, COBERTO COM 2 GASINHA MICROPORE 20CM, ENCAMINHADO A BIOIMAGEM PARA REALIZAÇÃO DE RESSONANCIA, LIBERADO APOS SOB ORIENTAÇÃO MEDICA

CYNTIA ILSARA DA SILVA
COREN 409562

SANTAMÔNICA

Paciente Gilvanin Denir Barbosa da Silva, vítima de acidente motociclístico, submetido a cirurgia de reconstrução ligamentar (L.C.A.), ao nível do joelho E.

Dra. 30/04/10

BIOIMAGEM

NOME: ELIÁKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
DATA NASC: 01/08/1984 - 33 Anos
CONVÊNIO: SAÚDE VIDA
MÉDICO: RONALDO LOPES CANÇADO

PRONT: 133072
DATA: 25/02/2018
SEXO: M
CONTROLE: 521487

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Considerações técnicas:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de alto campo pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1, DP, DP com saturação de gordura em aquisições multiplanares

Aspectos observados:

Edema ósseo pós-contusional no platô tibial anterior, póstero-interal.

Rotura transfixante completa do segmento distal do ligamento cruzado posterior.

Lesão parcial de alto grau do terço médio do ligamento colateral lateral.

Ligamentos cruzados anterior e colateral medial sem evidência de lesões.

Fratura avulsão do ápice da cabeça da fíbula, com padrão de intenso edema medular ósseo.

Rotura complexa do tipo "alça de balde" do corpo e corno posterior do menisco lateral com fragmento meniscal instável migrado junto ao corno anterior, formando sinal do duplo corno anterior.

Rotura parcial extensa da porção miotendínea poplíteo.

Menisco medial de morfologia e intensidade sinal normais

Edema e líquido no compartimento póstero-lateral do joelho com estiramento do complexo arqueado.

Tendão do bíceps femoral, normal inserido na cabeça da fíbula.

Superfícies condrais patelares e femorotibiais regulares, sem lesões evidentes

Mínimo edema e líquido nos planos miodíposos do compartimento anterior do joelho.

Feixes neurovasculares sem alterações ao método.

Exame documentado em 05 filmcents.

Dra. Dionnedo Franco Amaral
RADIOLOGISTA
CRM-MG 50340

Este é um diagnóstico de probabilidade, com limitações inerentes ao método, devendo ser correlacionado com dados clínicos. Somente será válido sob condições de interpretar corretamente este relatório.

BIOIMAGEM

NOME: Elisakim Denis Barbosa Da Silva
DATA NASC: 01/09/1984 IDADE: 034 ano
CONVÊNIO: SAUDE VIDA
MÉDICO: RODRIGO VILLANO

PRONT.: 130023
DATA: 22/07/2018
SEXO: Masculino
CONTROLE: 835391

EXAME RADIOLÓGICO DIGITAL PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

Exame realizado nas incidências ântero-posterior e perfil.

Estrutura óssea preservada.

Espaços articulares conservados.

Artefato na projeção da radiografia.

Fragmento ósseo junto à superfície articular superior da fíbula

Exame documentado em 01 filme.

EXAME RADIOLÓGICO DIGITAL QUARTO E QUINTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

RELATÓRIO

Exame realizado nas incidências ântero-posterior e perfil.

Estrutura óssea preservada.

Espaços articulares conservados.

Partes moles sem alterações

Não há sinais de fratura identificável pelo método.

Exame documentado em 01 filme.

EXAME RADIOLÓGICO DIGITAL TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO

Exame realizado nas incidências ântero-posterior e perfil.

Estrutura óssea preservada.

Dra. Adriana Franco do Amaral - CRM MG 33467
Radiologista

[redacted]

HOSPITAL SANTA MÔNICA

Sumário de Alta Hospitalar

DATA: 17/03/2018 10:41

IMP. POR: EUGENIO COSTA ARANTES

PACIENTE: 00000402166LIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
ATENDIMENTO: 00124258
LOCAL: 4º ANDAR-403 APTO
MÉDICO: RONALDO LOPES CANCADO CRM: 18059
CONVÊNIO: SAUDE VIDA

IDADE: 33
DATA: 15/03/2018 05:50
SEXO: MASCULINO
ESP.: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
PLANO: PLANO APARTAMENTO

Motivo da Admissão: FOS DP DE UCP A ESQ

Diagnóstico de Alta:

Outros Diagnósticos: ☐ Nenhum

☐ Alergia ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes Mellitus ☐ Doença Renal ☐ Hipertensão Arterial ☐ Pneumopatia ☐ Outros

Resumo da Internação

Achados Clínicos / Cirúrgicos Significativos:

Evolução Clínica Cirúrgica:

Tratamento:

TROCA DE CURATIVO DIARIA
RETORNO COM DR RONALDO 99987-7230

Procedimentos Cirúrgicos

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia: Data:

Cirurgia Realizada:

Tipo de Anestesia: Data:

Procedimentos Não Cirúrgicos (Exames Invasivos, com sedação ou com anestesia)

Procedimento:

Tipo de Anest./Sedação: Data:

Procedimento:

Tipo de Anest./Sedação: Data:

Condição de Alta

DATA DA ALTA: 17/03/2018 ◉ Melhorado ○ Inalterado ○ Óbito ○ Outros

Destino: ◉ Residência ○ Atendimento Domiciliar ○ Transferência Local:

Assinatura / Carimbo do Responsável

SANTAMÔNICA

Paciente Eniakin Dieu
Barbosa da Silva, sofreu
acidente motociclístico.
Apresentando lesão ligamentar
complexa, ao nível do joelho
(L.C.P. + cápsulo posterior-lateral)
submetido a reconstrução L.C.
dia 15/08/18. Afastamento de trabalho
cirúrgico material joelho E.
Afastamento de DG (3 dias) mais
dia de repouso.

Rio 21/08/18

Dr. Ronaldo Lopes Cerqueira
CRM-RJ 18059
CONTADLE 5038443

Dra. Mariana Nogueira Miranda
Médica do Trabalho
CRM-MG 41815
CONTROLE E SEGURANÇA

RECURSOS HUMANOS
DATA 22/05/12

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente

Adriana L. B. Silva

necessita-se de afastamento de suas atividades

por Anexo (3 ...) dias por motivo de doença.

CID: S99.9

Divinópolis, 22 de Maio de 2012.

Paciente autoriza o CID: (X) Sim ( ) Não

Ass: _____

Para confirmar a autenticidade deste documento, o Hospital Santa Mônica se coloca à disposição.

Rua Pedro Ferreira do Amaral, 33 – Padre Libério – Divinópolis / MG
Telefone:3721025600

ORTOPEDIA
DR. RONALDO LOPES CANÇADO
CRM-MG 18059

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente

Emiakim Denis Barbosa da Silva

necessita de afastamento de suas atividades por quinze (15)

dias por motivo de doença.

CID: S 83.5

Divinópolis, 22 de 02 de 2018

Dr. Ronaldo Lopes Cançado
Ortopedia - Medicina do Exercício e do Esporte
CRM-MG 18059

EXERCITA - Cirurgião do Joelho e Quadril - Membro da SBOT e SBME - Membro do Comitê de Trauma Esportivo da SBOT

HOSPITAL
SANTAMÔNICA

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins de direito, que o Sr(a) ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA esteve presente no (Hospital Santa Mônica / Incord / Bioimagem) para realização de consulta médica devendo ficar afastado(a) de suas atividades por (15) dia.

Cid: S83.5

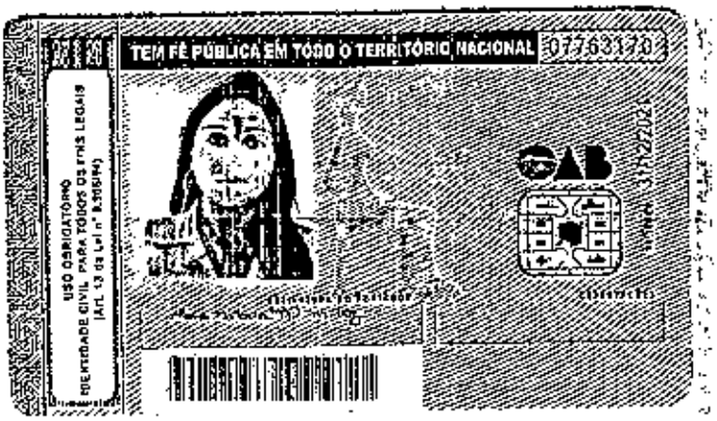
Atenciosamente,

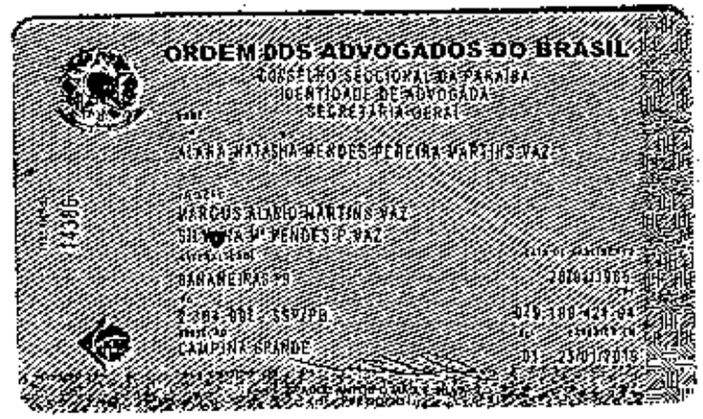
DIVINÓPOLIS, 15 DE MARÇO DE 2018

Assinatura / Carimbo do Responsável

Documentos de identificacao

Documentos de identificacao





Documentos de identificação

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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.

Número do Sinistro: ***3200087721***

Nome do(a) Examinado(a): ***ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a):

AV DUARTE LIMA, 383 - CENTRO - Serraria - PB - CEP 58395-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /SP***] ***529418721***

Data e local do acidente: [***22/02/2018***] ***DIVINOPOLIS***

Data e local do exame: [***12/03/2020***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADE, SEM EDEMA

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-CARRO NO DIA 22/02/2018; SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA HOSPITAL SANTA MONICA, ONDE FOI REALIZADO EXAMES QUE CONSTATARAM A LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOS. ALTA NO MESMO DIA. COM OUTRA ENTRADA HOSPITALAR. SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL, SEM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ] Sim [***X***] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

(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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070485/20

Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 22/02/2018

CPF: 053.668.624-69

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

Outros

ALANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VAZ : 049.199.424-94

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

ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA : 053.668.624-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/02/2020
Nome: ALANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VAZ
CPF: 049.199.424-94

LANA NATASHA MENDES PEREIRA MARTINS VA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

[X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [ ] MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/18 | Possui CPF: [X] Sim [ ] Não | Nº CPF: 053.668.624-69

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- [ ] Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- [ ] CPF do Representante Legal (cópia simples)
- [ ] Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse **www.seguradoralider.com.br** ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: **4020-1596**/ Outras regiões: **0800 022 12 04** / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- [X] **Registro de Ocorrência Policial** – [ ] Sim [ ] Não – original ou cópia autenticada
- [X] **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- [ ] Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- [ ] Laudo de Invalidez do IML – [ ] Sim [X] Não – original ou cópia autenticada
- [ ] Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- [X] **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- [X] **CPF da vítima** (cópia simples)
- [X] **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- [X] **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- [ ] **Registro de Ocorrência Policial** – [ ] Sim [ ] Não – original ou cópia autenticada
- [ ] **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- [ ] Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- [ ] **Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- [ ] Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- [ ] **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- [ ] **CPF da vítima** (cópia simples)
- [ ] **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples)
- [ ] **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- [ ] **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada: [ ] Sim [ ] Não
- [ ] **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: [ ] Sim [ ] Não
- [ ] Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- [ ] **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- [ ] **CPF da vítima** (cópia simples)
- [ ] **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
- [ ] **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
- [ ] **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples)
- [ ] **Formulário do Pedido do Seguro DPVAT** (original)
- [ ] Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: [ ] Sim [ ] Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- [ ] Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- [ ] Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
- [ ] Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- [ ] Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- [ ] Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- [ ] Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- [ ] Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- [ ] Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- [ ] Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- [ ] Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- [ ] Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- [ ] Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- [ ] Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): ALANA NATASHA MENDES VAZ SANTA CRUZ

Quem é o portador? [ ] Vítima [ ] Beneficiário [X] Representante Legal | CPF do portador: 049.199.424-94

E-mail: alanavaccaca@outlook.com | Tel.: (87) 99953 2386

Data: 13/02/2020 | Assinatura: [signature]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC/Barromeiros

Atendente: Thiago Marques Ferreira | Matrícula: 8478811-9

Data: 13/02/2020 | Assinatura: [signature]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200087721 **Cidade:** Divinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DE FÍBULA (LATERALIDADE DIVERGENTE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - @9 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

Procurações

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA,** brasileiro, divorciado, garagista, portador da Cédula de Identidade nº529418721 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº053.668.624-69, residente e domiciliado na Avenida Duarte Lima, nº383, Centro, Serraria-PB; com telefone nº(83)99891-3631.

OUTORGADA: **ALANA NATASHA MENDES VAZ SANTA CRUZ,** brasileira, casada, advogada inscrita na OAB-PB sob o nº14.386, com escritório na Rua Getúlio Vargas, nº320, Centro, Solânea-PB.

PODERES: Amplos e ilimitados para o foro em geral com o concurso da cláusula ***ad judicia*** para em qualquer Instância ou Tribunal defender os direitos e interesses do outorgante, até final sentença, quer seja autor, réu, oponente, embargante, ou por qualquer outra forma interessado, podendo para tanto, **acordar, discordar, transigir, desistir, renunciar, confessar, receber e dar quitação, firmar compromisso,** propor ações e defender nas já existentes, **ESPECIALMENTE para requerer SEGURO DPVAT**, e tudo mais fazer para o fiel cumprimento da presente outorga, inclusive, substabelecer, sempre reservado em iguais poderes, o que dou, desde já, por firme e valioso.

Serraria-PB, em 12 de abril de 2019.

ELIAKIM DENIS BARBOSA DA SILVA
Outorgante

Cartório Notarial e Registral J. Pereira – Rua Cônego Cardoso, 26, Centro, Serraria – PB. Tel: (83) 3275-1090.

Reconheço como verdadeira, por autenticidade a(s) assinatura(s) de **Eliakim Denis Barbosa da Silva**, dou fé. Em test____, da verdade. Serraria, 03/05/2019. Selo digital nº AIO75376-VH3S. Confira os dados do ato em: selodigital.tjpb.jus.br.

Tabelião/Substituto

CARTÓRIO J. PEREIRA
Edjard Pereira da Silva
TITULAR
Ozardo Freire Pereira
SUBSTITUTO
SERRARIA - PB