

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON DE LIMA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000000024277-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1012201805000000000023702105000000024277168750 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolsto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 008.188.509

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.085.183 / 0001-60 Insc.Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA RODRIGUES LIMA
RUA JAIME LACET 128
SANTARITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/122248-8

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

11/07/2018

CONSUMO

149

VENCIMENTO

18/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,57

Odiandia - Cap: 58.300 - 000 (AGD)

Acesse: www.energisa.com.br



SEVERINA RODRIGUES LIMA

Roteiro: 04-009-672-4840

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/07/2018

VENCIMENTO

18/07/2018

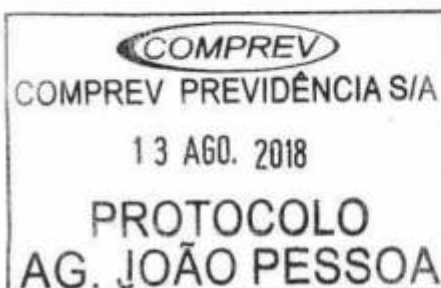
TOTAL A PAGAR

R\$ 102,57

MATRÍCULA

122248-2018-07-3

(83) 998155088.



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolêto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 008.823.681

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

26/06/2018

CONSUMO

150

VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6

VENCIMENTO

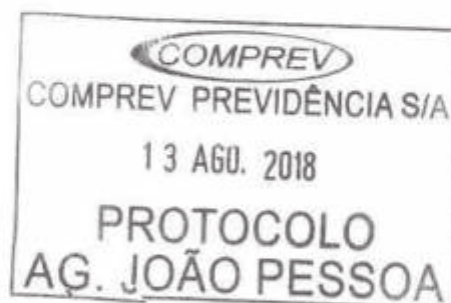
03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

MATRÍCULA

1082314-2018-06-1



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel de Araújo Nogueira Leite inscrito (a) no CPF 023.462.164 / 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pessoa de Lima Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.060.484 / 66 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima João Pessoa de Lima Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.060.484 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Francisco Leopoldo Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>51208</u>
Bairro	<u>Bura</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>nogueira.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(83)99811-5088</u>	<u>(83)99811-5088</u>		

João Pessoa, 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Daniel de Araújo Nogueira Leite
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafael de Melo Carlos,

RG nº 7.585.152 data de expedição 06/04/2018

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 967.166.869-10 com domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Imme Lacer, nº 40,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson de Lima Costa, cujo o condutor era Joelson de Lima Costa

Veículo: Pop/motocicleta 150cc Aplic.

Modelo: Yamaha 150 Factor X

Ano: 2013/2014

Placa: 0ET9931PB

Chassi: 9CGKE3920E0000339

Data do Acidente: 11/03/2018

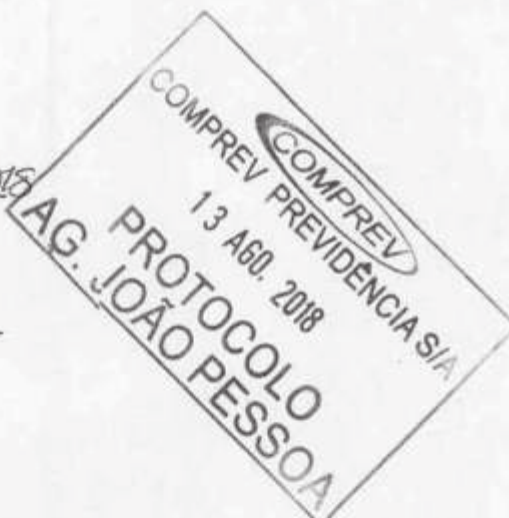
Local e Data: João Pessoa, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de Melo Carlos

Assinatura do Declarante

JOELSON DA LIMA COSTA

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



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA TEREZINHA CAMPOS, 12 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3229-1402

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
JOELSON DE LIMA COSTA.....

Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55

Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente

[2018-001178]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59283-EPSE

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

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA TEREZINHA CAMPOS, 12 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3229-1402

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
RAFAEL DE MELO CARLOS.....

Em test.da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:34

Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente

[2018-001203]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59347-SKB4

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

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafael de Melo Carlos,

RG nº 7.585.152 data de expedição 06/04/2018

Órgão SSPIPB, portador do CPF nº 967.566.869-10, com domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Imme Laco, nº 40,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson de Lima Costa, cujo o condutor era

Joelson de Lima Costa

Veículo: Pop/motocicleta 150cc Aplic.

Modelo: Honda/CG 150 FANESI

Ano: 2012/2012

Placa: OTDG 166/PB

Chassi: 9C2KCJ670CRG02306

Data do Acidente: 11/03/2018

Local e Data: João Pessoa, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de Melo Carlos

Assinatura do Declarante

JOELSON DE LIMA COSTA

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



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA JOSEMA CAMPOS 52 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3223-1102

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
JOELSON DE LIMA COSTA.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001178]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59283-EPSE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA JOSEMA CAMPOS 52 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3223-1102

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
RAFAEL DE MELO CARLOS.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:34
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001203]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59347-SKBA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



CERTIDÃO

Nº. 0942/2018

Atendendo solicitação de **JOELSON DE LIMA COSTA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº110432 e Prontuário de Nº 2018.03.001831, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 12/03/2018 às 18H15min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/03/2018 com alta médica dia 16/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araujo Barbosa , Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Julho de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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

Ficha Nr: 110432 Atd: Nao Regul
Data: 12/03/2018
Hora: 18:15:18
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA, 286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

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

Endecencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (COPNDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violencia por: *S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: **COMPREV**

PA: FR: **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

FC: TP: **13 AGO. 2018**

Peso: Altura: **13 AGO. 2018**

Glicemia: IMC: **PROTOCOLO**

Circ. Abd: O2%: **AG. JOÃO PESSOA**

Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Q de MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID
ENAMINHADO DA CENTRAL DE FRATURA

NEGA DESMAIO SIC

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rt Us - dor e ede 7/2 dias
após ac. de moto.*

Diagnostico

frat. de pededo medial

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Interrupção MHO cirurgia

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB

12 MAR. 2018
Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB



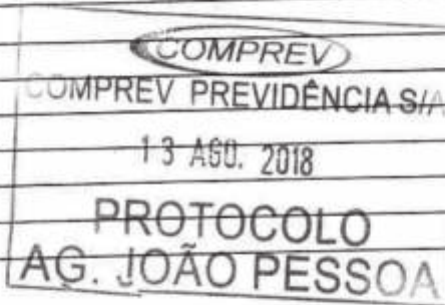
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/03/18

Nome: Joelson de Lima Costa
Prontuário: _____ Idade: 32 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: Doença FÚRD após trauma

HDA: Pós-traumático do sistema musculoesquelético, com lesões de nível de dor, em nível de P.



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

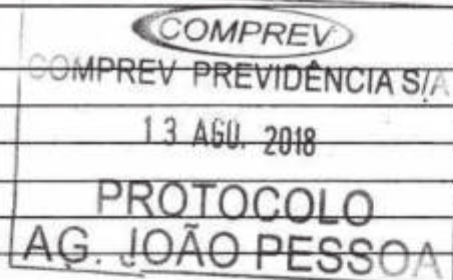
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Prescrit. por médico médico*Hipóteses Diagnósticas: *pat. do médico médico*Conduta: *Intervenção p/ Hto limpa.*

Brando Pichello
Médico
10533-PB



FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME Joelson Lima Costa		DATA 14/05/18	
ESTADO CIVIL Solt. ☐ Cás. ☐ Vuv. ☐ Desq. ☐	SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	COR BR ☐ PO ☐ PT ☐	PROFISSÃO
ENDEREÇO Av. (Rua)		IDADE	
HOSPITAL ORTOTRAUMA		CATEGORIA 815	
AIH ☐ CP ☐ MAT ☐ COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐			
DIAGNÓSTICOS FRATURA TOAROTER			
OPERAÇÃO REALIZADA TRATAMENTO CIRURGICO			
CIRURGIÃO Dr. ODIRAN		AUXILIAR	
INÍCIO ANESTESIA 18:50	TÉRMINO DA ANESTESIA 19:40	DURAÇÃO DA ANESTESIA 50'	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE US (PONTOS)	
EVARADO JÚNIOR		CRM-PB 3664	

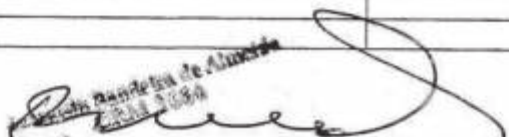
HORA			
AGENTE			
CÓDIGOS			
ANESTESIA (X) CIRURGIA (X) PULSO (X)			
T. ARTERIAL (SISTÓLICA - DIASTÓLICA) (X)			
RESPIRAÇÃO (O) RESP. CONT. (X)			
RESP. ASSISTIDA (RA) RESP. ESPONTÂNEA (RE)			
ENT. OROTRAQUEAL (EOT) ENT. NASOTRAQUEAL (ENT)			
ENTUBAÇÃO (EXT)			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
EST. GERAL BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐	RISCO CIRÚRGICO BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐		
EXAMES COMPLEMENTARES			
PRE ANESTÉSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES			
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐			
TÉCNICA PURGA L3L4, AGULHA 26 (DESCARTADA) LER-LIMPID - 2 TENTATIVAS			
MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO			
1 BUPIVACAÍNA 0,5% - 3 ml (PESADA + FALHA) S. RINGER 1500 ml			
2 MECAÍNA 0,5% - 3 ml (150)			
3 PRIMOR 0,08 mg			
4 CEFAZOLINA 2g			
5 DEXICAN 40 mg			
OBSERVAÇÕES			

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: 14/03/18
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: 21:00 Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	2	2	2	
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	2	2	2	
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2	2	
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL					
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4				2	
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	2	2	2	
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA



 Anestesiologista

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Joelson de Lima Costa é portador do CID : S 82 + M 65 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação nos movimentos flexão e extensão de tornozelo direito proveniente de fratura maléolo ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

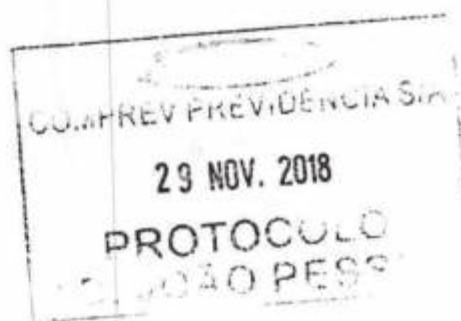
DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

12-11-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

Paciente: Joelson de Lima Costa

Data: 12-11-2018

Nascimento :1712-1985

ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

- O estudo ecográfico do tornozelo evidencia tendão de Aquiles de calibre, contornos e textura normais.
- Face maleolar medial com tendões tibial posterior aumentado de calibre em sua porção maleolar e infra maleolar, com halo hipoecóico de edema sinovial local.
- Tendões fibulares de configuração anatômica em sua porção maleolar
- Fásia plantar de espessura normal em sua inserção no calcâneo
- Ausência de sinais de rotura ou degeneração detectável ao método.
- Transição músculo tendinosa sem alterações ecográficas.

Conclusão:

TENOSSINOVITE DO TIBIAL POSTERIOR

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

COMPREV PREVIDENCIAS

29 NOV. 2018

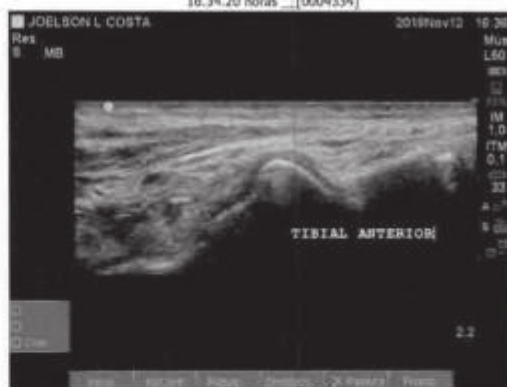
PROTOCOL

JOELSON L. COSTA 2018Nov12 16:23

Paciente
 Sobrenome: JOELSON L. COSTA
 Nome: _____
 2º nome: _____
 ID: _____
 Acesso: _____
 Nascimento: 1985 / 12 / 17
 AAAA MM DD
 Sexo: Masculino
 Indicações: _____
 Usuário: _____

Exame
 Tipo: Mx(Mus)
 2ª Opinião: _____
 Médico: ANUAR
 Instituição: _____
 ID depart: _____

Imagens...



COMPREV PREVIDENCIA S/A
 23 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOVE
JOELSON DE LIMA COSTA

DOC/RENTE/DIR / OUT. EMISSAO DE
2907599 SSP PB

CPF 064.060.484-66 DATA NASCIMENTO 17/12/1985

RENCAO
JOSE LUCIANO DA COSTA
MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

PERMISSAO ACC CATEGORIA
21/06/2018 13/12/2010

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 12/07/2013

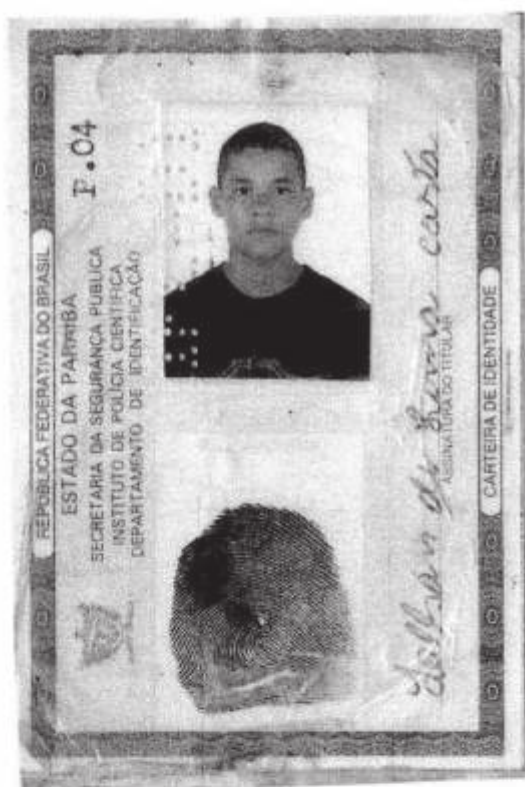
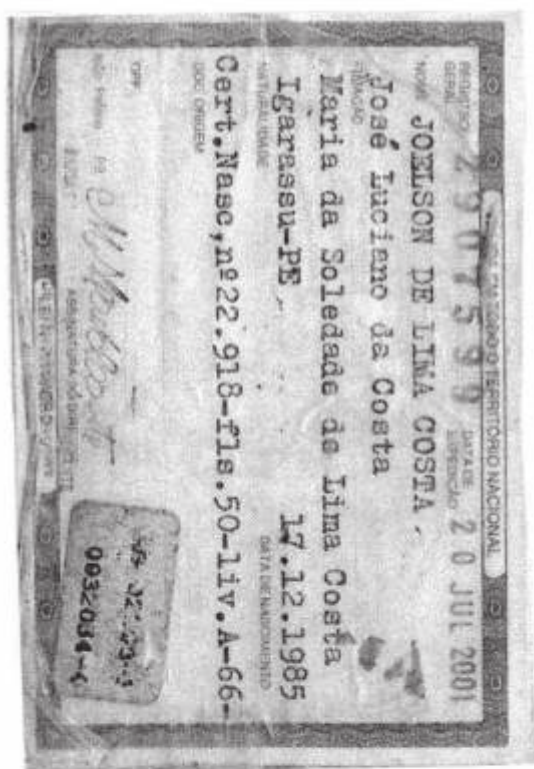
74716979171
PB026606194

DETRAN - PB (PRAIA BEA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
750774063

PROVEDOR PLASTIFICAR
750774063

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFD6166

2018

RAFAEL MELO CAR

Imprimir Consulta

OFD6166

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2012 2012

PARTICULAR VERMELHA

31/08/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

SANTA RITA

09/08/2018

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: RAFAEL MELO CAR

Placa: OFD6166

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2012

Ano Modelo: 2012

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/08/2018

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: SANTA RITA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 09/08/2018

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180378612 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: **3180378612**

Nome do(a) Examinado(a): **JOELSON DE LIMA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JAIME LACET, 128 - ODILANDIA - Santa Rita - PB - CEP 58919-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2907599**

Data e local do acidente: [**11/03/2018**]

Próximo Barragem Rabo do Pavão, Santa Rita-PB

Data e local do exame: [**05/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de tornozelo direito (maléolo medial)

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

paciente refere dor e limitação de movimento no tornozelo direito. Diminuição de força e edema residual.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com fratura de maléolo medial, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna de fratura com parafusos. Fez fisioterapia recebeu médica há 4 meses.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com edema residual +/- em tornozelo direito, limitação de movimento (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, inversão 0-20°, eversão 0-10°), dificuldade de subir escadas. Dificuldade de caminhar em aclives e declives. Força diminuída (dor crônica).

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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA
CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/03/2018
Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

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
DUT
Outros

Pericadantao
3180 378612

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

JOELSON DE LIMA COSTA : 064.060.484-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF/CNPJ: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Sinistros

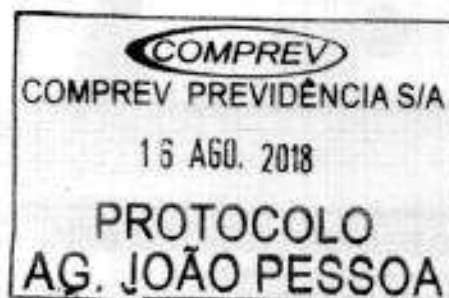
Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
15/08/2018 15:20	Cancelar processo	Sinistro cancelado por DYONE MARTINS PEREIRA (SOMPO SEGUROS S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
15/08/2018 09:22	Distribuir	MARCUS VINICIUS PEREIRA REIS (SOMPO SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para DYONE MARTINS PEREIRA	
14/08/2018 22:34	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
14/08/2018 17:02	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Lider de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0295316/18	
13/08/2018 16:40	Aviso Seguradora Lider	Dados da vítima Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA CPF: 06406048466 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA Data de nascimento: 17/12/1985 Data do sinistro: 13/03/2018	  

 Baixar Documentos

 Cancelar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

CPF: 064.060.484-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 2907599 CPF: 064 060 484 66
Endereço: RUA JOAQUIM LACET, 128
Delimônia, Santa Rita, Paraíba, CEP: 58200-000

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**

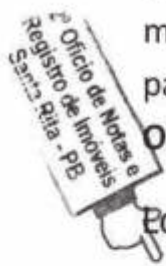
Local e Data: João Pessoa, 09 de Agosto de 2018.

* JOELSON DE LIMA COSTA

JOELSON DE LIMA COSTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA E FIRMADA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAÍBA
RUA DEODORO CAMPOS, 17 - CENTRO - SANTA RITA, PB - CEP: 58200-000



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de.....
JOELSON DE LIMA COSTA.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:54
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001177]EMUL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59282-CELF
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

CPF: 064.060.484-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOELSON DE LIMA COSTA**

Nº Sinistro: **3180378612**

Vitima: **JOELSON DE LIMA COSTA**

Data do Acidente: **11/03/2018**

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 3180378612**.

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 13250762



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA
Nº Sinistro: 3180378612
Vitima: JOELSON DE LIMA COSTA
Data do Acidente: 11/03/2018
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 3180378612**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 13429509



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA

Sinistro: 3180378612
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA
Data do Acidente: 11/03/2018
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 3180378612** 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

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

CPF da Vítima

069.000.484-66

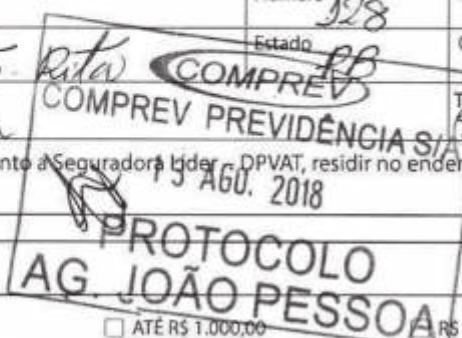
Nome completo da vítima

Joelson de Lima Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joelson de Lima Costa		CPF titular da conta	069.000.484-66	Profissão	motorista	
Endereço	Rua Prime Lact		Número	128	Complemento		
Bairro	Odilonândia	Cidade	Santa Rita	Estado	PR	CEP	58300-000
Email	ludre.dpvat@gmail.com		Telefone (DDD)		(53) 99811-5088		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder 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) ☐ ITAÚ (341)
- ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2105 D/V 9 CONTA NRO. 24244 D/V 2

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

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

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Joelson de Lima Costa 09 de Agosto de 2018

Local e Data

Joelson de Lima Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01495.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01495.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:43 horas do dia 08 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Joelson de Lima Costa**, CPF nº 064.060.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria da Soledade de Lima Costa e José Luciano da Costa, natural de Igarassu/PE, nascido(a) em 16/12/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcanti de Albuquerque, Nº 791, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Depósito de Gás, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98625-2731.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2012 de cor: vermelha, placa: OFD 6166/PB, chassi nº 9C2KC1670CR602306, registrado em nome de Rafael Melo Carlos, CPF nº 067.166.864-10; QUE segundo o notificante trafegava normalmente quando caiu em um buraco e perdeu o controle vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0942/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 13/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por se próprio; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. OBS : FOI ATENDIDO NO HOSPITAL NO DIA 12/03/2018, POR VOLTA DAS 18:15 HS

Sendo o que havia a constar, o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, **COMPREV** achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

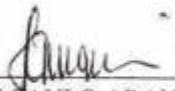
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG: JOÃO PESSOA

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2018,


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOELSON DE LIMA COSTA
Noticiante

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

Joelson de Lima Costa

CPF da Vítima

064.060.484-66

Data do Acidente

12-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

João Pessoa, 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Joelson de Lima Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Atto Declaratório

Ficha Nr: 110432

Atd: Nao Reg

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 12/03/2018

RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:15:18

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: JUSSARA MANUELA BE

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA

Num. Prontuario: 2018.03.001831

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA, 286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

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

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (COPNDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violência por: *S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SA
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

Queixa Principal

Observacao

QUEDA DE MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

ENFRAQUECIDO DA CENTRAL DE FRATURA

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*KLt Us - dor e edema T42 dor
após ac. de moto.*

Diagnostico *frat. de fêmur medial* | Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

Prescrição para analgesia

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 12.202-DR

12 MAR. 2018
Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Orcamento 12202