

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILDA DANTAS NETA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000026507-7

Nr. da Autenticação 328E857E1E0950AC

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSILDA DANTAS NETA**

Nº Sinistro: **3180034967**

Vitima: **CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS**

Data do Acidente: **26/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034967**.

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 12270886



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro: 3180034967
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data do Acidente: 26/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180034967** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº 12479749

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180034967 ASL-0013579/18
Vitima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Carta nº 12659660

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180034967 ASL-0013579/18
Vitima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769444

A/C: JOSILDA DANTAS NETA

Nº Sinistro: 3180034967
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Data do Acidente: 26/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **JOSILDA DANTAS NETA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000026507-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO P/

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, OSILDA DAMAS NEZARI, 19/05/1977, PORTADOR(A) DO RG Nº 22.452.403-01 / 11/11/11 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 21/11/11 E CPF 042240224-94 / CNPJ 070000000000000000, PROFISSÃO PESCADEIRO E RENDA MENSAL DE R\$ 130,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Junior Costa Damas, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0320 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0320

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.26.507-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPERANGA/PB, 10 de JANEIRO de 2014

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC-DPVAT 0800-0221204.

COPIA

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39
CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - ag. Itaporanga
DATA: 02/08/2017
TERMINAL: 35711011

HORA: 06:55:09
CONTROLE: 357110110020

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

AGENCIA: 3571 - ITAPORANGA
CONTA: 013.00026507-7
CLIENTE: JOSILDA DANTAS NETO
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA
DOCUMENTACAO

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:39

ASI
COMPROVANTE
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
11/01/2018 11:06:39
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IN



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREEN

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e com rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EDU, JOSILDA - DAMAS NETA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.452.403 (11/11/41) EXPEDIDO POR SSP/RB 10/11/10 EM 11/11/11 E
CPF 092240224-94 / CNPJ 000000000-00, PROFISSÃO PESADORA
E RENDA MENSAL DE R\$ 130,00 (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLOS JENON COSTA DAMAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fundonal
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) Nº do BANCO 1321 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1321 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1321

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL) Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2523 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043 000 265 077

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0320765717
FABRANGA/PB 10 de MAIO de 2014 x Jasilde Manto
LOCAL E DATA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
PROTECOLO
S. JOÃO PESSOA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

AUTO-ATENDIMENTO - 3571 Itaporanga
DATA: 02/08/2017 HORA: 06:55:09
TERMINAL: 35711811 CONTROLE: 357110110028

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

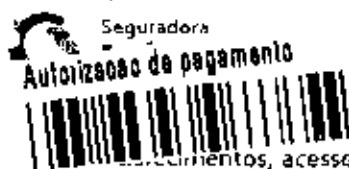
AGÊNCIA: 3571 - ITAPORANGA
CONTA: 013.00026587-7
CLIENTE: JOSILDA DANTAS REY
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA
DOCUMENTACAO

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:11:12

COMPREV
17 AGU 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO. PESSOA



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

Para mais informações, 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 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	Nome completo da vítima
		Carlos Junior Costa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Junior Costa Santos	022.104.234-04	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Chiquinho I	512	Casa
Bairro	Estado	CEP
Área rural	PB	58.775-000
Cidade		Telefone (DDD)
Segredo		992424520194697891
Email		
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

☒ RECLAMAR	☐ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)	BANCO
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	Nome
AGÊNCIA NRO.	NRO
3574	
D/V	
CONTA NRO.	
28014	
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.

Supracampo 17 de Março de 2013

Local e Data

x Valdeni Costa de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 1277 / 2017

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do Fato: 26/ Fevereiro / 2017 . **HORAS:** 21h00.

Sob a responsabilidade do Del. Pol: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante/Vítima:

JOSILDA DANTAS NETA, brasileira, natural de Igaracy/PB, Solteira, Peacadora, nascida no dia 03/11/78, filha de José Dantas de Souza e Maria do Socorro Neta, RG 2.752.403/SSP/PB e CPF 042.240.224 - 94, residente no Sítio Chenguengue s/n área rural de Igaracy/PB.

Boletim de ocorrência

HISTÓRICO DO FATO:

(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que no dia e horas acima citadas, retornava de uma Novena Capela do Sítio Barra, área rural de Igaracy/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 160-FAN ESI, cor Vermelha, Ano 2012, Placa OFG4536/PB e chassi 9C2KC167CCR-599386, licenciada em nome de JOÃO PEREIRA e levando no CARONA o seu filho CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS, nascido no dia 14/04/2003, conforme a Cert. de Nascimento do Cart. de Igaracy/PB (Anexo) e ao passar por uma curva ainda no Sítio Barra, foram atropelado por outro motoqueiro que vinha em sentido contrário, onde a notificante conseguiu levar seu filho até sua residência e de lá acionaram o SAMU, onde o mesmo prestou socorro ao seu filho.

Por ao seu filho.

Itaporanga (PB) 05/ Abril / 2017

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
EST. POLICIAL MAT. 60253
CHefe DE CARTÓRIO

PROCURADOR GERAL DO ESTADO
AG. JOÃO GESSOA
10:55:50

CÓPIA

CÓPIA

Declaração de Inexistência de IML

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



AS/Eu. Josilda Dantas Neta portadora da carteira de
 identidade nº 2.752.403 e inscrita no CPF/ME sob o nº 042.240.224-94
 residente e domiciliada (na) SITIO CAENBUENGL nº 042.240.224-94
 cidade de IGARAÇA Estado PAPUA 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

AS/ 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 impugná-la, caso discorde do seu
 conteúdo.

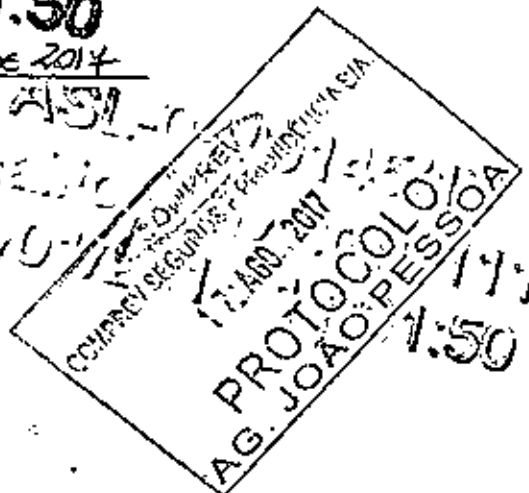
Josilda Dantas Neta

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

Edailton Oliveira.0111
 11/01/2018 11:01:50

Itapiranga/PB, 10 de maio de 2014

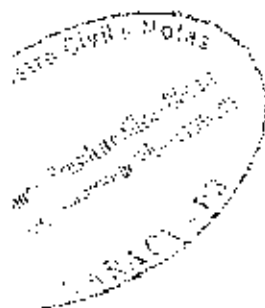
Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de nascimento



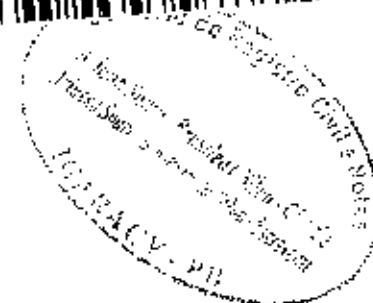
Certidão de Nascimento

NOME:

CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

MATRÍCULA:

070128 01 55 2003 1 00008 326 0008110 11



DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

quatorze de abril de dois mil e três

DIA

14

MÊS

04

ANO

2003

HORA DE NASCIMENTO

03:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Igaracy-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Igaracy-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE,
DESTE MUNICÍPIO.

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA

AVÓS

PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRTINS DA SILVA COSTA

MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

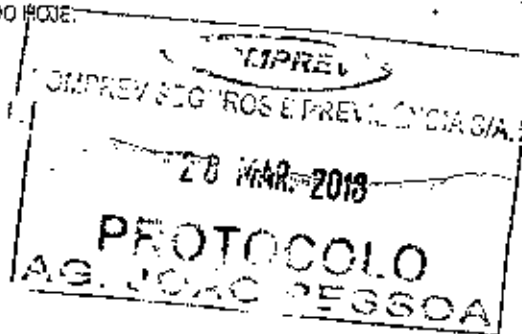
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.



NOME DO OFÍCIO

Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas

OFICIAL REGISTRADOR

Ariana Soares Brasileiro Silva

MUNICÍPIO/UF

Igaracy-PB

ENDEREÇO

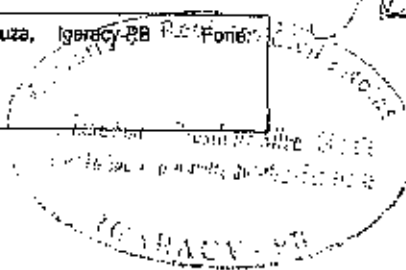
Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB
(83)3480-1031 (83)9609-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011

Ariana Soares Brasileiro Silva

Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



CÓPIA

50.30

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO ☐ AGITAÇÃO ☒ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO

EXAME GINECO-OBSTETRICO: ☒ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL

1701-1702

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☒ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU) ☒ RESPIRAÇÃO ☐ ...
☐ ... ☐ DESEMBRIACÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO

☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Vesical ☐ Sedação ☐ Imobilização de membros ☐

☐ RELEASED ☐ EXCLUDED

CONDITOR Selbst

231 MAT. _____

CÓPIA

ASL-03201451
arailton.0111
11/01/2018 11:00:30

ASL-03201451
arailton.0111
11/01/2018 11:00:30

PREFEITURA MUNICIPAL IGARACY - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU-192
REGIONAL DE PIANCO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR/INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº 172 Data: 26/02/2017 hora: 22:10
Nome da Vítima: Carlos Junior C. Dantas Idade: 43 anos
Evento: ☒ Traumatismo ☐ Clínico ☐ Pediátrico ☐ Gineco-Obstétrico
☐ Psiquiátrico ☐ Cirúrgico ☐ Outros
Procedência: Garça
Solicitante: Samu 192
Destino: Pianco
Contato: 11:00:30

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as insuficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Sem necessidade

Procedimentos realizados no hospital:

Sintetizar e manter em

em

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

melhor assistência

em

Entfermeiro:

COREN:

Médico: Janna C. P. Romão Leite
CRM-PB 9810

CRM:

ASL-03201451
arailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:00:30

arailton.0111
11/01/2018 11:00:30
COMPREENSÃO
PROTÓTIPO
AG. JOAQUIM PESSOA

CÓPIA

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adailton Oliveira, data de expedição 11/01/2018RG nº 21452403-1Órgão SSP/PB

CPF nº 041.240.224-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Sino (MENGUELE)</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ARGA PUEL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58545-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99344 1520 / 996948844</u>
E-mail	<u>SENAO.ASSESIONA@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAIBA / PB, 11 DE MAIO DE 2018Assinatura do Declarante: X

ASL-0320145/17
 adailton.oliveira.0111
 11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
 adailton.oliveira.0111
 11/01/2018 11:07:29
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COPIA

JOSILDA DA SILVA MEYA
ST. CHEMELÉ SAU. I. SAU. APEA RURAL
MARACAY/PB CEP: 5517000 (A2: 144)

CUSTO SUBS. RESCENAL / BADA PENCA MONOFASICO
Roteiro: 1 - 148 - 797 - 722
Número: 00001750138

ENERGISA PARABÁ - OS REGULADORES DE ENERGIA DE
R. 200, Fm 25 - Cmt. Pádua - João Pessoa/PB - CEP: 55071-000
CNPJ: 09.096.962/0001-40 134 Est. 15 215 823-0

148 Fm 25 Cmt. Pádua - João Pessoa/PB - CEP: 55071-000
CNPJ: 09.096.962/0001-40 134 Est. 15 215 823-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acel. 101: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 511462023-4

Canal de contato

Tarifa Especial de Energia Envelh. - TSEE (tarifa para Lei
n. 10.438, de 28 de abril de 2002)

Apresentação

03/04/2017

Data prevista da próxima leitura

04/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

477072496

Anterior

05/01/17 1520 0301/17 1515

Faturas em atraso

13/03/2017 40,83

09/02/2017 42,51

Descrição

Consumo de 2244Wh-BP

Consumo - 314 1204Wh-BP

Adc. B. Remonta

Adc. B. Verifica

Suprção

ICMS

PIS

Cofre

Juros de Mora 01/2017

Multa 01/2017

Atualização Monetária 01/2017

Outras Sólidas

Base de Cálculo

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

Valor

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:07:29

CÓPIA

Comprovante de residencia



A:
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

Renercisa
ENERGIA PODEMOS ENTREGAR A ENERGIA DA
RUA MANOEL PEREIRA CABAL, 58 - CENTRO
ITAPORANGA / RJ CEP. 89780000 (A.O. 154)
Cidade: Itapora, RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONTAFASCO 9/200, Rm 25 - C/ta Referente: João Pereira PM-CEP 5871-000
Roteiro: 1 - 154 - 25 - 9158 Referência: Jun/2017 C/ta Referente: 12/01/2017 C/ta Referente: 12/01/2017
Mótorador: 0000725001 Emissão: 12/01/2017 Nota Fiscal: C/ta 25 Energia Emissa: 12/01/2017 C/ta Referente: 12/01/2017
Código para o cliente: 00000075184

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Atualize: www.energis.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 5127683-4

Jun/2017

Apresentação

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

12/08/2017
Data prevista da próxima leitura
13/07/2017

CPF/CNPJ/RANI
384770403

Feituras em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	50	0,40x50	20,00
Adic. B. Verificação			1,00
ICMS			0,85
PIS			0,30
Cofins			1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,00
CONTRIBUIÇÃO LUMINAR			0,00
JUROS DE MORA 05/2017			0,00
MULTA 05/2017			0,00

adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

PROTOCOLO
AGUAS PESSOA
2017
11/01/2018 11:08:08

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:08

CÓPIA

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



ASL-0320145/17
 Eu, Josilda Dantas Neto
 RG nº 2.452.403/PA data de expedição 11/01/17 Órgão SSP/PB

CPF nº 04.240.324-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

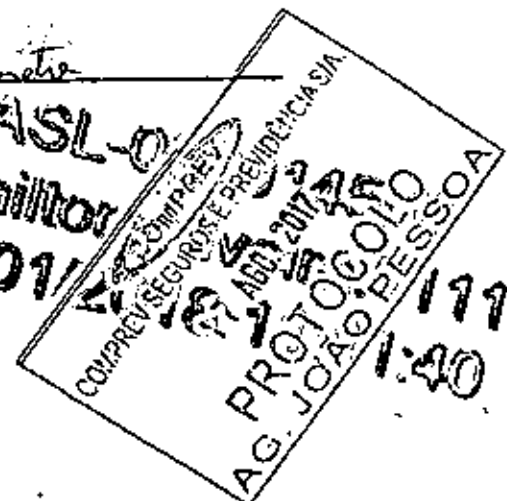
ASL-0320145/17
 adailton.oliveira.0111
 11/01/2018 11:11:40

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio (Chenguele)</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ARCA RURAL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.445-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99344 1520 / 996948811</u>
E-mail	<u>SECRETARIA.ASSESSORIA@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAIBA / PB, 10 DE MAIO DE 2018

Assinatura do Declarante: X Josilda Dantas Neto



ASL-0320145/17
 adailton.oliveira.0111
 11/01/2018 11:11:40

JOSILDA DANTAS NETA
SIT CHEMQUEGUEI, S/N - AREA RURAL
IGARACY/PB CEP: 58175000 (AG 144)

Emissão: 06/03/2018 Referência: Mar/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/Baixa Renda MONOFÁSICO B1230, N1235 - Círculo Referência: Jota Pessoa - PE - CEP 55071-070
Roteiro: 1 - 148 - 267 - 2330 - Medidor: 03001250139

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.905.183/0001-43 - Ins. Est.: 15.016.828/6

Neto Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 0001002731
Cód. para Df. Automático: 00011620234

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800.083.0196 - Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar/2018	06/03/2018	05/04/2018	4224022494 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
• Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
• Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 01/02/18 Leitura: 9931	Data: 06/03/18 Leitura: 9745	1	114	33

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	CC	Tarifa	Valor Base	CC	Valor Base
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS									
0801	Consumo até 30kWh-BP	30,000	0,744940	22,34	7,34	27	1,98	7,34	1,98
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419900	29,39	29,39	27	7,92	29,39	7,92
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14,000	0,629940	8,81	8,81	27	2,28	8,81	2,28
0810	Subsídio			35,82	35,82	27	9,70	35,82	9,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0904	JUROS DE MORA 11/2017			1,79	0,00	0	0,00	1,79	0,00
0905	MULTA 11/2017			1,64	0,00	0	0,00	1,64	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			1,48	0,00	0	0,00	1,48	0,00
0905	Devolução Subsíd			-24,85	0,00	0	0,00	-24,85	0,00

CC Código de Classificação do Item TOTAL 52,52 52,52 21,32 21,32

Média últimos meses (kWh)
109

VENCIMENTO
13/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 62,52

Histórico de Consumo (kWh)

102 | 57 | 104 | 97 | 95 | 99 | 90 | 102 | 129 | 102 | 105 | 101
Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18

RESERVADO AO FISCO
0849.16ea.6c35.da8b.4c3e.23de.8ff9.4f3a.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	12,35	
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	49,42	
FIGURAS	9,04	
FIG TRIMESTRAL	18,09	
FIG ANUAL	37,18	
OMC	5,19	
OCRI	15,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo até 30kWh-BP	22,34	35,73
Consumo - 31 a 100kWh-BR	29,39	47,15
Consumo - 101 a 220kWh-BR	8,81	14,10
Subsídio	-24,85	-39,82
Juros de Mora	1,79	2,88
Multa	1,64	2,62
Atualização Monetária	1,48	2,38
Devolução Subsíd	-24,85	-39,82
Total	62,52	100,00

ATENÇÃO

• REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima citada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento, não havendo prazo de aviso prévio. Contado da data de vencimento da fatura em atraso.
• Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito em caso de inadimplência.
• Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$14,88.

Faturas em atraso

Fev/18 56,70
Jan/18 56,43

CÓPIA

Declaração Circular SUSEP 445



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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.

- * Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
* Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Wilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 516525164, expedido por SSP/PE, em

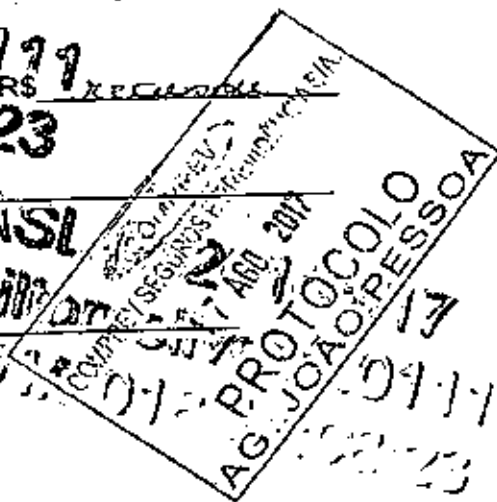
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Carlos

Junior Costa Danton do sinistro de DPVAT da natureza incapacidade da vítima Carlos Junior Costa Danton, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURADOR Renda Mensal: R\$ RECURADOR

Documentos comprobatórios: não possui

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



CÓPIA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Declaracao do proprietario do ve

RG nº 354.810 data da expedição 18/12/1975 órgão SSP/PB
Portador do CPF nº 1029.856.348-09 com domicílio na cidade de PAPAIRA
estado de PAPAIRA

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio DAU AMARDO
na S/N complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a

vítima: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS, cujo
condutor era: JOSILDA DANTAS NETA

Veículo: MOTO

Modelo: HOLDA/CG-150/FAN EST

Ano: 2012/2012

Placa: OFG4536/PB

Chassi: 9C2KCL1640CR54386

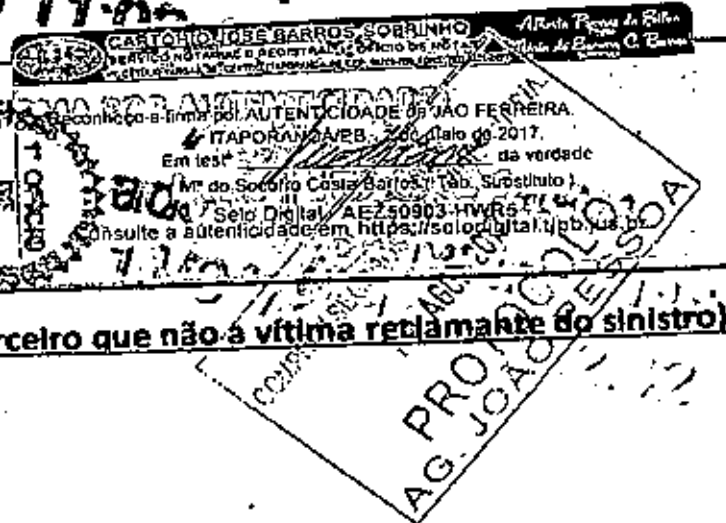
Data do Acidente: 26/02/2014

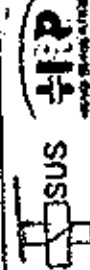
Local e Data: ITAPORANGA/PB, 11/03 DE MAIO DE 2014

Assinatura do Declarante (RECONHECER)

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:02:42

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





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA I
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULAT

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.262/002376
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARMEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SIN
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Paciente: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
Mãe: JOSILDA DANTAS NETA
Nascimento: 14/02/2003 UF: 05006 13
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: SÍTIO CHEQUEM
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: MARACAY - PB - 58775-000 - 2502607
CNS: 858-0045-3111-8129
CPF: 26/2/2017 23:31:22
Data e Hora: 26/2/2017 23:31:22

PESO: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
HISTÓRIA DO DOENTE
SÍMPTOMAS
SINAIS
EXAMES
DIAGNÓSTICO
TERAPIA
EVOLUÇÃO
RESULTADOS

Documentação médica - hospital

CÓPIA

MENTOS E OUTROS

- CARÁTER DO ATENDIMENTO
- 01 - ELETIVO
 - 02 - URGÊNCIA
 - 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 - 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 - 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA	INTERVENÇÃO
1. PRESCRITA	OUTRO HOSPITAL	OBITO	OUTROS
2. APLICADA			

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	4	0	8	0	5	0	1	9	5

ASS. DEPT. ASSIST. ASS. ENFERM. - CARIÓTIPO

CBO

WALSON JOSE DE SOUZA - 5277 - 181-9465-4475-0001

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

COPIA



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3123-2741

Data/Hora 26/2/2017 23:37:06

Prontuário: 90305
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr.:

Paciente: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS

Idade: 13 Sexo M

Filiação:
Pai: VALDEMI COSTA DA SILVA
Mãe: JOSILDA DANTAS NETO

Endereço:
Cidade: IGARACY - PB - 58775-000 - 2502607
Endereço: SÍTIO CHEGUEM
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: IGARACY - PB
Fone:

Documentos:
CNS: 898-0045-3111-6129
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:
Nascimento: 14/4/2003
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

paciente vítima de acidente de trânsito
e ferimentos na região da cabeça e membros superiores

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

sem lesões + ferimentos na região da cabeça e membros superiores

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Sair Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em:

Recepcionista: ISRAEL



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

COPIA

Hospital		Endereço	Latido	Nº Prontuário
Nome		Idade	Sexo	Cor
Data		Pressão Arterial	Temperatura	Peso
Tipo de Anestesia		Respiração	Humidade	Altura
VER PRONTUÁRIO		Diagnóstico	Ureia	Outros
Ap. Respiratório		Ap. Circulatório		Ap. Urinário
NDN		Jejum OK		Estado Mental
CONSCIENTE		Atividade		Risco
Medicação Pré-Anestésica		MIDAZOLAM 5 Mg		Aplicado
Sinais vitais		Indução		Manutenção
P.M. ANESTESIA: PULSO, PRESSÃO, TEMPERATURA, VENTILAÇÃO, OXIGENIZAÇÃO		Saturação		Despertar
Sinais vitais		SPO2 98%		Condições
Posição		Medicação		Observações
NEOCAINA 0,5%		RAQUIANESTESIA: Puncão lombar entre E3-L4 ag. 25 quincke LCR's Alterações		Observações
Anestésico		Anestésico		Observações
DR. TÁVIO LEAL		DR. TÁVIO LEAL		Observações
Observações		Observações		Observações
Análise no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias		Análise no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias		Observações

COPIA



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



0320145/17 RELATÓRIO DE CIRURGIA 0320145/17

ardailton

Nome: CARLOS JUNIOR COSTA JANDUHY		Nº prontuário: 01.014.17
Data da Cirurgia: 2002.17	Enf.: 17.02.02	Leito: 03.02
Cirurgião: DR WATSON	1º Auxiliar: Dr f spa	
Anestesiista: DR TAVIO	ASI: no	Tipo de Anestesia: RAQU
Diagnóstico Pré-Operatório: 17/01/2002		
Tipo de Cirurgia: fratura do Cíngulo		
Diagnóstico Pós Operatório: 01.01.02		
Relatório Imediato do Patologista: 17/01/2002		ardailton 0320145/17
Exame Radiológico no Ato: 17/01/2002		17/01/2002
Acidente Durante a Cirurgia: ASI		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Operação em via de acesso anterior

1. Incisão de 3 cm na pele e dissecção da pele e tecido subcutâneo.

2. Exatidão da localização do fígado no abdômen inferior.

3. Incisão da pele e tecido subcutâneo.

4. Exatidão da localização do fígado e fígado e fígado.

5. Sutura da pele e tecido subcutâneo.

Assinatura

Dr. Carlos Junior Costa

17/01/2002

(527-)

COPIA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDY CARNEIRO

PACIENTE: Carlos Junior Costa Dantas
 DE: Am. QTD: 1 CONVÊNIO: SUS IDADE: 13 REGISTRO: 490305
 CIRURGIÃO: Dr. Wagner DATA: 14/05/19 ATENDIMENTO: 21
 INSTRUMENTADORA: 111 DATA: 14/05/19 HORA: 01:00

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Seelo S.E. 0.97
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi 10 e 4
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. do Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
	TX. Sola		Seringa 6 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro do Pulso		Eletrodos desc.
	Noocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10cm
	Quelidn		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Domnamid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Drano Penrose
	Xilostein a 5%		Drano Succión
	Inoval		Drano de Tórax
	Xilocalina n 2%		Esparadrapo
	Etodimdato		Xilocalina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Pubicocaina 0,5%		PVPi Tintura
	Olmorf		Gases
	Lanoxat 0,5mg		Algodão Hidrônto
	Narcain		Algodão Ortopédico
	Formao		Cidox
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Oxazepan		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmino		Fio Cromado 0 e/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 e/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 e/ agulha
	Etoetil		Fio Cromado 1 e/ agulha
	Cetacolina 19g		Fio Cromado 2-0 e/ agulha
	Ditral		Fio Cromado 2-0 e/ agulha
	Picall		Cat-gut simples 0 e/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 e/ agulha
	Esparin 5000 Vi		Cat-gut simples 2-0 e/ agulha
	Triall		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Amicacina 600mg		Cat-gut simples 3-0 e/ agulha
	Aguilha de Raque Descartável		Polycot 0 e/ agulha
	Abbate 20 e 22		Polycot 2-0 e/ agulha
	Polycot 0 e/ agulha		Polycot 3-0 e/ agulha
	Polycot 2-0 e/ agulha		Proleno 2-0 e/ agulha
	Polycot 3-0 e/ agulha		
	Proleno 0 e/ agulha		

Doc. de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CÓPIA

Documentos de identificação



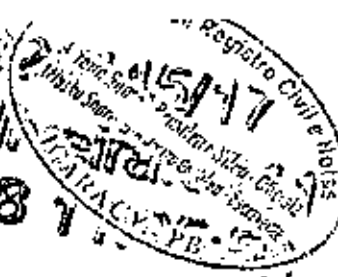
Certidão de Nascimento

NOME:

CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

MATRÍCULA:

070128 01/55 2003 1 00008 326 0008110 11



DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)
quatorze de abril de dois mil e três

DIA
14

MÊS
04

ANO
2003

HORA DE NASCIMENTO
03:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Igaracy-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF
Igaracy-PB

LOCAL DE NASCIMENTO
EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE,
DESTE MUNICÍPIO.

SEXO
masculino

FILIAÇÃO
VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA

AVÓS
PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRTINS DA SILVA COSTA
MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA

GÊMEOS
NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)
dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.

11/01/2018 11:05:58
arailton.oliveira.0111

NOME DO OFÍCIO
Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas

OFICIAL REGISTRADOR
Ariana Soares Brasileiro Silva

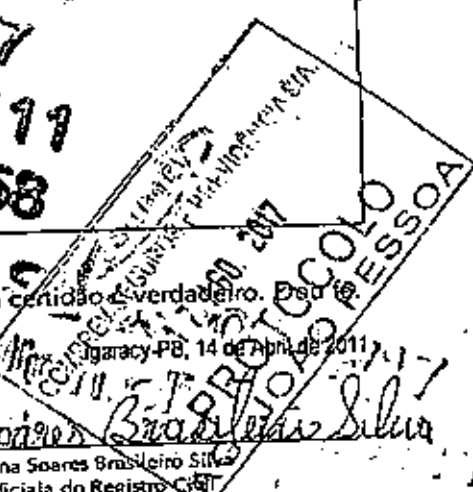
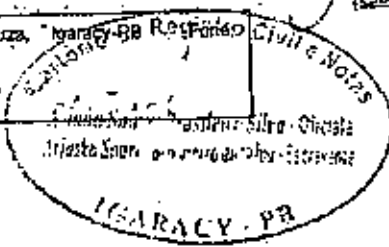
MUNICÍPIO/UF
Igaracy-PB

ENDEREÇO
Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB
(83)3480-1031 (83)9609-9707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu-se

Igaracy-PB, 14 de abril de 2011

Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



CÓPIA

Documentos de identificação



Adailton

0320145/17
oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40



0320145/17
oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40

0320145/17
oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:08:40
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTEÇÃO GERAL

NOME JOSILDA DANTAS NETA

Nome José Dantas de Souza

Nome Maria do Socorro Neta

Igaracy - PB

03.11.1978

Cert. Nas. 2.370, Fls. 144v, Liv. A-3

Cart. Civ. de Igaracy - PB

CPF 0111

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.118 DE 29/06/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSILDA DANTAS NETA

Nº de Inscrição 042240224-94

Data do Nascimento 03/11/78

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF 0111

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura José Dantas de Souza

Nome JOSILDA DANTAS NETA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emiteido em 06/05/00

ASL-0320145/17

adailton.oliveira.0111

11/01/2018 11:12:12

ASL-0320145/17

adailton.oliveira.0111

11/01/2018 11:12:12

ASL

COMPREV

COMPREV SEGURIDADE PREVIDENCIÁRIA

17 AGO 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

0111

11:12:12

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



SECRET

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AG. JOÃO PESSOA

valde mihlo ovladit elia

GENERAL INVESTIGATIVE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE

2.160.180 - 2 VIA EXPEDIÇÃO

27/05/2010

NOME

VALDEMI COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO

JOSÉ FELIPE DE COSTA

MARIA MARTINS DA SILVA COSTA

LOCALIDADE

PIANCÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/03/1977

REGISTRO

NASC. N. 4683 FLS. 130V LIV. A-05

CARTEIRO PIANCÓ-PB

CPF

222.704.284-04

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
MAR. 2018
DIRET. SEC. REG. E IDENT.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

DATA DE EMISSÃO DO REGISTRO

CÓPIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E AUTORIZAÇÃO DE VEÍCULO
00488897267-00700000000-2016

JOAO PEREIRA

02995634889

0FG45367PB

NOVO ATLAS 952KGT0CR999586

PIS/MOTOCICLETA/ABC

ALCOMARSO2

HONDA/CG 150/FANESL

2014/04/01

PLACA CINCO

00700000000

PREMIO TARIFARIO

962401670CR50958600

SEGURADORA LIDER

DPVAT

REST. BEN. TRIBUTARIO

10/06/2016

IGARAC

40053

PB Nº 0125073182PB

JOAO PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 10/06/2016

JOAO PEREIRA

02995634889

0FG45367PB

00488897267

HONDA/CG 150/FAN-EST

PREMIO TARIFARIO

962401670CR50958600

SEGURADORA LIDER

DPVAT

REST. BEN. TRIBUTARIO

10/06/2016

IGARAC

40053

DUT



ASL 0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:19

ASL-0320145/17
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:19

ASL
adailton.oliveira.0111
11/01/2018 11:06:19
PROTOCOLO
AG. JOAO PEREIRA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS** Sinistro: **3180034967** Data: **26/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHENGUEGUE, SN, CASA - AREA RURAL - Igaracy - PB - CEP 58775-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2752403**

Data local do exame: [**28/02/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDO EM APROXIMADAMENTE 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º. EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ACOMETIDO (2+/4+), ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSAL DO PÉ.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 26/02/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA DE FERIMENTOS, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, FIXAÇÃO DE FRATURAS DO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM, ALÉM DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA BOTA, RETIROU OS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, POIS RESIDE EM ZONA RURAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

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

RETRAÇÃO DE PARTES DE 5 CM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDO EM 20º DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º EDEMA DE PARTES MOLES ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
PÉ ESQUERDO

% 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

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

() Total = "100% da IS"

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

Tiago Martin Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

.. SEGURADORA LÍDER DE CONSENSÓRCIO DPVAT:

Eu Carlos Junior Costa Dantas, SINISTRO de nº 3170959488
inscrito no CPF de nº 042.240.224-91, venho respeitosamente a vossa
senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

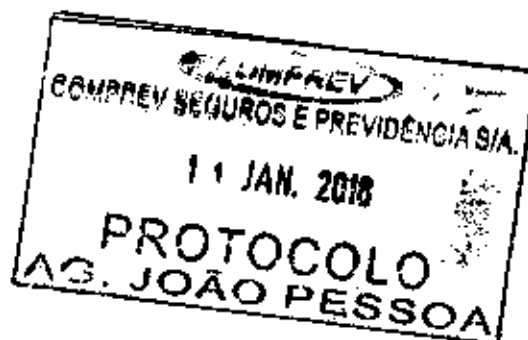
Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 14 de 12 de 2017.



Roberto de Aguiar Santos

PROCURADOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013579/18
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
CPF: 042.240.224-94

CPF de: Representante

Data do Acidente: 26/02/2017
Titular do CPF: JOSILDA DANTAS NETA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS : 042.240.224-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

JOSILDA DANTAS NETA : 042.240.224-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Unifor das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013579/18
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS
CPF: 042.240.224-94

CPF de Representante

Data do Acidente: 26/02/2017
Titular do CPF: JOSILDA DANTAS NETA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de nascimento
Outros

Outros



VALDEMI COSTA DA SILVA : 022.704.284-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034967 **Cidade:** Igaracy **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de pé esquerdo

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034967

Cidade: Igaracy

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS JUNIOR COSTA DANTAS

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO DE APROXIMADAMENTE 5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS EM APROXIMADAMENTE 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25º, EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ACOMETIDO (2+/4+), ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSAL DO PÉ.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 26/02/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE LIMPEZA DE FERIMENTOS, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, FIXAÇÃO DE FRATURAS DO PÉ COM USO DE 3 FIOS DE KIRSCHNER 1,5 MM, ALÉM DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA BOTA, RETIROU OS FIOS APÓS UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, POIS RESIDE EM ZONA RURAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

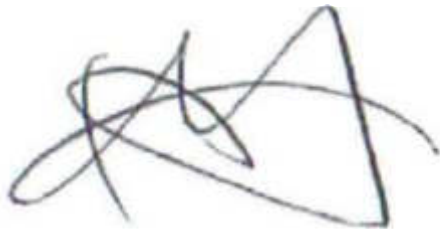
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: JOSILDA DANTAS NETA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Profissão: Pescadora

Identidade: 2.452.403-00.59

CPF: 042.240.224-94

Endereço: Sítio CHENEVENQUE S/N, ÁREA RURAL, IGARACY/PB

OUTORGADO:

Nome: Edilson RODRIGUES DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Autônomo

Identidade: 5.652.161

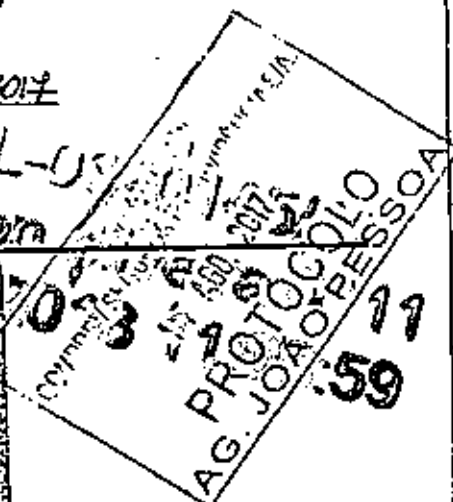
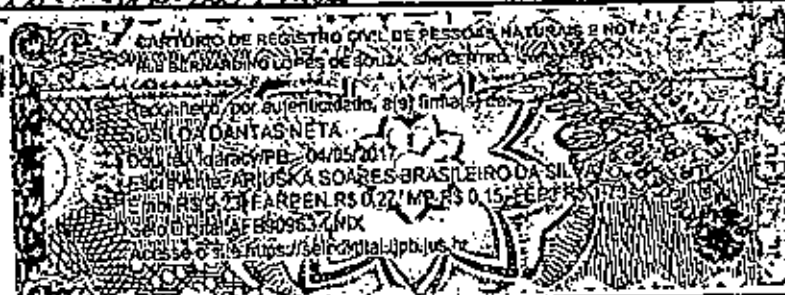
CPF: 039.244.064-08

Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, FAPORANGA/PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação, e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

Local e data: FAPORANGA/PB, 04 DE MAIO DE 2017



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 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

Nome completo da vítima

Carlos Júnior Costa Nantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Valdemir Costa da Silva</i>		CPF titular da conta <i>022.404.284-04</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
Endereço <i>Sítio Changuê I</i>		Número <i>SIN</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Área rural</i>	Cidade <i>Igaracy</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58.775-000</i>
Email <i>seitas.assessoria@hotmail.com</i>		Telefone (DDD) <i>83</i>	<i>999471520/996978811</i>

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. <i>3571</i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <i>28011</i> D/V <i>4</i> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <i></i> NRO. <i></i>		AGÊNCIA NRO. <i></i> D/V <i></i> (Informar dígito se existir)	

IMPRESSO EM MAR 2018
PROTOSTO 000

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.

Itaporanga 07 de março de 2018
Local e Data

Valdemir Costa da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

JOSILDA DANTAS NETA
SIT CHENQUEGUEI, S/N - AREA RURAL
IGARACY / PB CEP: 58775000 (AG. 144)

Emissão: 06/03/2018 Referência: Mar/2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-690
Roteiro: 1 - 148 - 367 - 2330 Nº medidor: 00001250139

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Tel: 316.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.002.731
Cód. para Dib. Automático: 00011620234

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/CNPJ/RAN
Mar / 2018	06/03/2018	05/04/2018	4224022494 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1162023-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Furto de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
01/02/18	8831	06/03/18	8745	
				114 33

Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tributo	Valor Base Calc.	Alíq. (Imposto)	Base Calc. Parcela	Parcela	Contribuição		
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Parcela (R\$)		0,5777%	0,1214%	
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,244940	7,34	7,34	27	1,86	7,34	0,05	0,23
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419800	29,39	29,39	27	7,83	29,39	0,20	0,92
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	14,000	0,829840	8,81	8,81	27	2,38	9,81	0,06	0,27
0610	Subsidio			35,92	35,92	27	9,70	35,92	0,24	1,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 11/2017			2,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			1,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsidio			-24,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

DI. P-100

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



133

PROTÓCOLO
08 MAR. 2018
COMPENSAÇÃO DE SEGURANÇA

valdo milo odo de celva

SECRETARIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.160.180 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 27/05/2010

NOME VALDEMI COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ FELIPE DE COSTA
MARIA MARTINS DA SILVA COSTA

NATURALIDADE

PIANCÓ-PB

DATA DE NASCIMENTO

23/03/1977

DOC ORIGEM NASC.N. 4683 FLS. 130V LIV. A-05
CARTÓRIO PIANCÓ-PB

CPF 022.304.284-04

PROTÓCOLO
Pessoa

06 MAR. 2018

COMPEN SEGURANÇA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMARCA DE PIANCÓ



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

NOME:

CARLOS JÚNIOR COSTA DANTAS

MATRÍCULA:

070128 01 55 2003 1 00008 326 0008110 11



DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

quatorze de abril de dois mil e três

DIA

14

MÊS

04

ANO

2003

HORA DE NASCIMENTO

03:20

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Igaracy-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Igaracy-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

EM RESIDÊNCIA DE SEUS PAIS, NO SÍTIO CHENGUENGUE,
DESTE MUNICÍPIO.

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

VALDEMI COSTA DA SILVA e JOSILDA DANTAS NETA

AVÓS

PATERNOS: JOSÉ FELIPE DA COSTA e MARIA AMRTINS DA SILVA COSTA
MATERNOS: JOSÉ DANTAS DE SOUZA e MARIA DO SOCORRO NETA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

dois de maio de dois mil e três (02/05/2003)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA - Obs: REGISTRADO DE ACORDO COM A LEI VIGOR. EXTRAÍDO HOJE.



NOME DO OFÍCIO

Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais e Notas

OFICIAL REGISTRADOR

Ariana Soares Brasileiro Silva

MUNICÍPIO/UF

Igaracy-PB

ENDEREÇO

Rua Bernardino Lopes de Souza, Igaracy-PB, Paraíba
(83)3480-1031 (83)9609-8707

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Igaracy-PB, 14 de Abril de 2011

Ariana Soares Brasileiro Silva

Ariana Soares Brasileiro Silva
Oficial do Registro Civil



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 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

Nome completo da vítima

Carlos Júnior Costa Nantes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Josilda Nantes Neta	CPF titular da conta 042.240.224-94	Profissão Pescadeira
Endereço Sítio Chequengue	Número 51N	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade Igaracy	Estado PB
Email neta.josilda@hotmai.com	CEP 58.775-000	Telefone (DDD) 999471520

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

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ 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. 3571 D/V 26507 D/V 7

(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(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.

Igaracy 18 de Abril de 2018.

Local e Data

X Josilda Nantes Neta

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal