



Número: **0801090-48.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35411038	13/10/2020 19:49	2757139_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

DOCUMENTO 1 "T196"



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, JOÃO PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 354.810 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/1916 ECPF 029956348-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO APOSENTADOE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO PEREIRA, 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, Plano ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA e PREVIDÊNCIA SINDICATISTA;
- 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 da conta com o 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 284 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5778 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0601363-5

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

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

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.

FRANCISCO 10 de MAIO de 2017

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 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 de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:49:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319493223200000033831405>

Número do documento: 20101319493223200000033831405

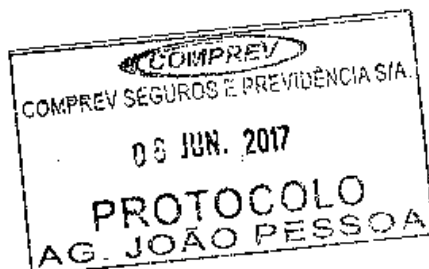
Num. 35411038 - Pág. 1



CONTRAPRESTAÇÃO DO BANCO BRASILEIRO S.A.
(BANCO BRASILEIRO S.A. - BB)
BANCO BRASILEIRO S.A. - BB
BANCO BRASILEIRO S.A. - BB
BANCO BRASILEIRO S.A. - BB
BANCO BRASILEIRO S.A. - BB

EXIBIDO DE: BANCO BRASILEIRO S.A.

DATA DE EMISSÃO: 20-04-2017
AGÊNCIA 5778 CIA 0001002 E 20-04-2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 274 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 24 / ABRIL / 2017. . HORAS - 12h40min.

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

Notificante/Vítima:

JOÃO PEREIRA, brasileiro, natural de Aguiar/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 14/06/1945, filho de Antonio Pereira de Lacerda e Joana de Araújo Fonseca, RG 357.810/SSP/PB e CPF Nº. 029.956.348-09, residente no Sítio Pau Amarelo s/n área rural de Igaracy/PB.

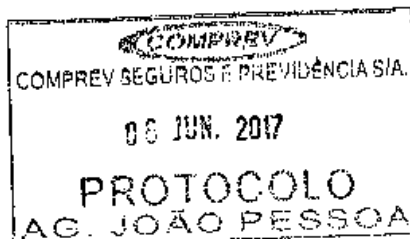
DOCUMENTO 1 "TTP"



HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu da sua residência, sentido a cidade de Igaracy/PB, pilotando a motocicleta HONDA/CG 150 FANESI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OFG4536/PB E CHASSI 9C2KC1670CR599386, licenciada em nome de notificante e em um setor da citada Rodovia (que liga o referido Sítio à Igaracy/PB), deparou-se com vários animais na estrada e ao tentar desviar dos mesmo, perdeu o controle e caiu no acostamento, sendo socorrido pelo SAMU.



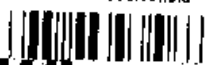
Itaporanga (PB), 05 / Maio / 2017.

João Pereira
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Flavio Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 60155
CHEFE DE CARTÓRIO





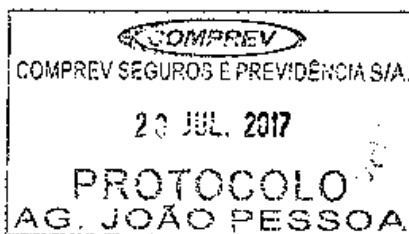
Aditamento ao Boletim de Ocorrência nº.274/2017.

Vitima: JOÃO PEREIRA.

Certifico para os devidos fins, que no ato da lavratura do citado Boletim de Ocorrência, escrevi como data do acidente 24/ABRIL/2017, porém a data correta é 22/ABRIL/ 2017. Dou fé.

Itaporanga/PB, 07 de Julho de 2017.


SUELIO MOREIRA TORRES
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOÃO PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 357.810 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.956.348-09 residente e domiciliado na SÍTIO AMARCO, SN, ÁREA RURAL Cidade IGARACY Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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.

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.

DOCUMENTO 3 *T3%*



x João Pereira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TRAPORANGA/PB, 04 DE MAIO DE 2017

Local e data



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

14:00h

DATA 22/04/17	OCORRÊNCIA Nº 012	PACIENTE / USUÁRIO Luís Pereira	IDADE 64	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Sítio Varzea do Saco		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR Dra. Key	
APOIO NO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITTRANS ☐ OUTRO				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DRDGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco *Transferido para H.R. Pitor* RESPONSÁVEL: *Dr. V. V. Pitor* FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Por uma região de MT (1) após queda de moto (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VVA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / PAS ☐ >80mmHg ☐ <80mmHg
PA 90 x 60 mmHg FC 73 bpm FC 16 bpm TEMP: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação Verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Desambulação Prejudicada	☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Desobstrução Ineficaz das VVA	☐ Dislexia Autônoma	☐ Dor Aguda	☐ Hipertensão	☐ Hipotensão	☐ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância a Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele	☐ Perda de Integridade da Pele
☐ Cerebral Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada	☐ Volume de Líquidos Deficientes	☐ Volume Excessivo de Líquidos	☐ Náusea	☐ Retenção Urinária	☐ Percepção Sensorial Perturbada	☐ Intenção Social Prejudicada	☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação	☐ Outros

INTERVENÇÕES

Remoção do local com imobilização do MT (1), foi realizada S.S.V. realizada A.V.8 + S.F.O.5 + T.10.10 + R.D. - EV e condução ao H.R. Pitor

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, querendo-se deitar na região da Torção (2), foi imobilizado e conduzido ao H.R. Pitor, foi realizado RX com tala de fixação do fêmur e realizado a transferência para H.R. Pitor.

MEDICAMENTOS PRESCRITO POR TELEMEDICINA	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500ML	01	FITA DE GLICEMIA CAPILAR	01
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% 500ML	—	ATADURA DE CREPON 15cm	04
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO 500ML	—	GAZE ESTERIL (PACOTE)	—
GLICOSE 50%	—	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	—
ÁGUA DESTILADA 10ml	02	JELCO N° 20	01
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	—	SCALPE N°	01
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)	—	EQUIPO MAGROGOTAS	01
PARACETAMOL GOTAS	—	SÉRINGA N° 20	01
DICLOFENACO 75mg	—	MASCARA DESCARTAVEL	03
FUROSEMIDA	—	LUVAS	03
CAPTOPRIL 25mg	—	CATETER TIPO OCULOS	—
AAS 100mg	—	OUTROS	—
ISORDIL 5mg	—		
METOCLOPRAMIDA	—		
HIDROCORTISONA 100mg	—		
HIDROCORTISONA 500mg	—		
DEXAMETASOANA	—		
DIPIRONA	—		
PLASIL	—		
OUTROS TETRAZOL 40mg	01		

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVação DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO _____ CRN _____ MAT _____

ENFERMEIRO(A) Diomir VASQUES Enfermeiro COREN 253.226 MAT _____
Enfermeiro COREN: 251226

AUX.TEC. DE ENFERMAGEM William Dantas COREN 809.693 MAT _____

CONDUTOR Guilherme Rodrigues MAT _____



SAMU
192PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY-PB
BASE DESCENTRALIZADA DO SAMU-192
REGIONAL DE PIANCÓSAMU
192RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER -
HOSPITALAR/INTERMUNICIPALOcorrência Nº: 032Data: 22/06/2017Hora: 14:30Nome da vítima: João Pessoa

Idade: _____

Evento:

☒ Traumática () clínico () Pediátrico () Gine-Obstétrico () Psiquiátrico () CirúrgicoSolicitante: Dr. Allan DreyerDestino: HRP (Pain)

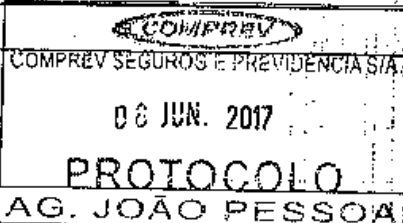
Contato: _____

Circunstância da transferência:

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

Serviço especializado

Procedimentos realizados no hospital:

RX

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Análise e conduta do especialista

Médico: _____

Dr. Allan Dreyer
Médico
CRM/PB-10578

CRM: _____

Enfermeiro: _____

COREN: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARACY
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB -05

Comprovação de ato declaratório



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 12/04/17 OCORRÊNCIA Nº: 012 PACIENTE / USUÁRIO: João Pereira IDADE: 64 SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Varzea do Saco BAIRRO: MEDICO REGULADOR: Dr. Key
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIATRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIATRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTETRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CAEDIADA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco RESPONSÁVEL: Dr. Key FUNÇÃO: MÉDICO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS)

Por uma região de MTQ após queda de um objeto (segundo relato verbal da vítima).

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30lpm ☐ <30lpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / PRESSÃO ARTERIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
PA: 90 x 60 mmHg FC: 73 bpm PC: 26 bpm TEMP: 36,5 °C GLICEMIA: 96 mg/dl SPO2: 97%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

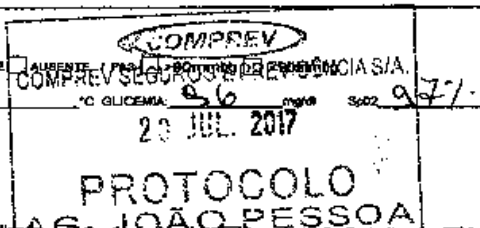
☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Condição Aguda ☐ Desconforto Prejudicado ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorrespiratória Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Remoção do local sem interrupção do MTQ, foi realizado S.S.V.V. realizado A.V.P + S.F.O.B + Titul + A.O - EV e conduzido ao H.R. Franco.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente consciente, orientado, queixando-se de dor na região do tornozelo, foi estabilizado e conduzido ao H.R. Franco, foi realizado RX sem fratura do fêmur e realizado o encaminhamento para H.R. Franco.



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

EXAME NEUROLÓGICO ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL

SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO



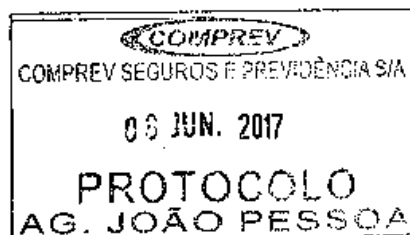
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO PEREIRARG nº 354.810, data de expedição 18/12/1950 Órgão SSP/RB

CPF nº 029.956.348-09, 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/Praça)	<u>Sítio Amarelo</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>IGARACY</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.445-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>SCRTAO.ASSESSORIA@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: IGARACY/PB, 04 DE MAIO DE 2014Assinatura do Declarante: JOÃO PEREIRA

JOAO PEREIRA
SIT FARMARELO, S/A - AREA RURAL
MARACAY / PB CEP: 5875000 (AG: 144)

Classificação: RESIDENCIAL/BARRAGEM MONOFÁSICA
Rótulo: 1 - 148 - 087 - 2760
Número do cliente: 00008395741
Referência: Abr/2017
Emissão: 03/04/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cid. Jardim - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 03.035.183/0001-40 Ins. Est. 15.115.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 021 268
Código para DIME Autenticação: 0001283241

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/136324-1

Canal de contato

Abr/2017

Apresentação

03/04/2017

Data prevista da próxima leitura

04/05/2017

CPF/CNPJ/RANI

2996834809

Ins. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
03/03/17	5070	03/04/17	5151	30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	30	0,14059	4,29
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	51	0,25126	12,81
Adc. B. Anelido			0,72
Adc. B. Vermecho			0,14
Substância			10,80
KMS			13,24
PS			0,46
COFINS			2,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Substância			-18,90

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	101
Fev/17	06
Jan/17	06
Dez/16	104
Nov/16	09
Out/16	06
Set/16	06
Ago/16	06
Jul/16	74
Jun/16	71
Mai/16	71
Abr/16	56

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
KMS	52,95	25,00	13,24
PS	52,95	0,8230	0,46
COFINS	52,95	4,2412	2,24

Média dos últimos meses

04

VENCIMENTO
01/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 34,02

RESERVADO AO FISCO

e207.3621.fc7a.63ed.88b6.3f26.fe70.5d5b.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Parâmetro

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DIC MENSAL	12,95	
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	48,42	
FIC MENSAL	9,12	
FIC TRIMESTRAL	18,24	
FIC ANUAL	36,48	
DNCC	6,73	
DNCR	18,63	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Grupos de Dist. da Energia - PB	6,43	18,80
Consumo de Energia	6,67	25,49
Serviço de Transmissão	0,44	1,29
Encargos Setoriais	2,22	7,41
Impostos Oritais e Encargos	15,08	45,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,02	100,00

Valor do ENLSD (R\$) 1/2017 R\$ 11,34

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 1 *71%*



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 58 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 56780000 (AQ: 154)

energisa
ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Cidade Recôncavo - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CHPJ09-095 100/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO In 230, Km 25 - Canto Recôncavo - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
Pólo: 7 - 154 - 25 - 2780 Referência: Mar / 2017
Nº medidor: 00003205001 Emissão: 14/03/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 479 043
Código para Bônus Antecipado: 00000271434

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/27683-4**

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

14/03/2017

Data prevista da próxima leitura

11/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

0974708408

Inscr. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígitos
09/02/17	14/03/17	6308	1	74

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	74	0,44028	32,57
Adic. B. Antares			0,54
ICMS			12,21
PS			0,83
CORFIS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:49:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319493223200000033831405>

Número do documento: 20101319493223200000033831405

Num. 35411038 - Pág. 13



DECLARAÇÃO

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

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 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5652 101, expedido por SSP/PE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039 274 064 09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) João Pessoa, do sinistro de DPVAT da natureza envelhecimento da vítima João Pessoa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: resença Renda Mensal: R\$ resença

Documentos comprobatórios: não possui

Suelio Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

João Pessoa

DA CLÍNICA:

Clínica

A CLÍNICA:

Bela

ENFERMARIA:

LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA:

ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

Tram em 10/12

16/06/17

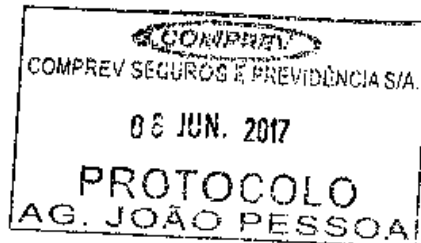
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Dr. Suelio

Tram de feces
Parece de febre
em 10/12
Dr. Suelio



DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Dr. Suelio</u>	
DA CLÍNICA: <u>geral</u>	ENFERMARIA: <u> </u>
A CLÍNICA: <u>patos</u>	LEITO: <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>fratura 7</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E EXTERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u> </u>
PARECER: <u> </u>	
<u>Vitima de acidente de moto em</u> <u>trauma em pé e mão</u> <u>Apresenta fratura de 4º metacarpo</u> <u>e fratura distal de 1º quíquedo</u> <u>esquerda</u> - <u>a sala de sutura</u>	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <u> </u>

SUELIO MOREIRA TORRES
MÉDICO ESPECIALISTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



53086

17

10

INTERNAÇÃO

1

ASS. REVISOR TÉCNICO - <i>carreira</i>	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - <i>carreira</i>
--	---



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Dr. Suelio</u>	
DA CLINICA <u>geral</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLINICA <u>procedimentos</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA:	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO
<u>fratura?</u>	
DATA: <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: <u>[Assinatura]</u>
PARECER:	
<u>Vítima de acidente de moto leve</u> <u>Trauma em pé e mão</u> <u>Apresenta fratura de 4º metacarpo</u> <u>e fratura distal de 1º metacarpo</u> <u>esquerda</u> - a sala de sutura	
DATA: <u> </u>	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 JUL. 2017
PROTOCOLO
G. JOA. LESSA





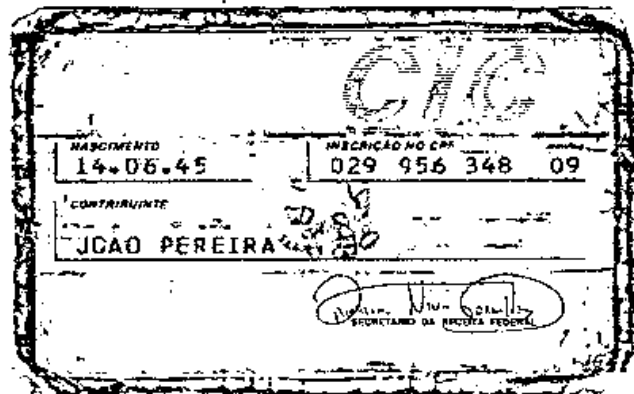
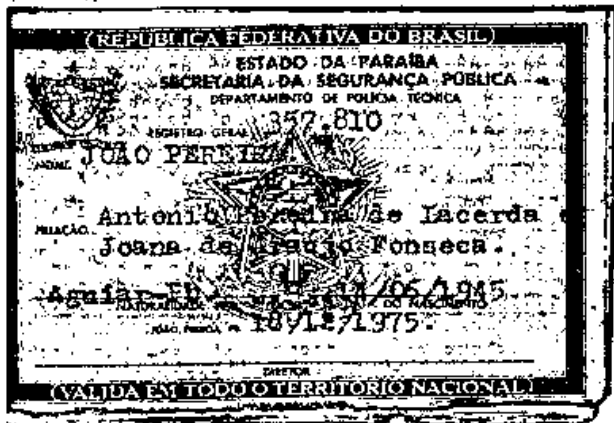
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



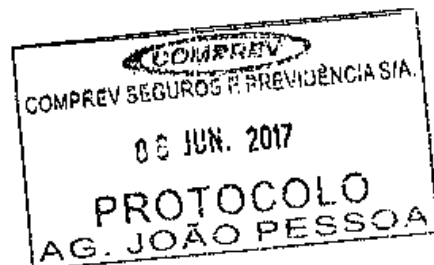
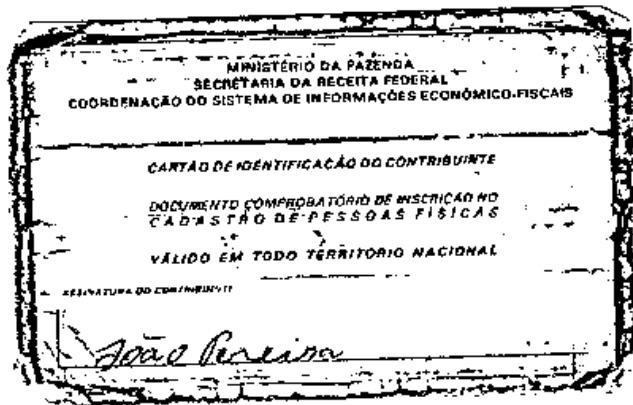
REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>João Pereira</u>	
DA CLÍNICA <u>Gerontologia</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>Bela Vista</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Tram em p.c.</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>16/04/17</u>	<u>Sonalia Santos</u> Enfermeira CRP 1.184.888
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Trama de feces</u> <u>para o p.c.</u> <u>em: 16/04/17</u> <u>At. Brn</u> <u>[Assinatura]</u>	
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 23 JUL. 2017 PROTOCOLO DO PESSOAL	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





DOCUMENTO 5 "15%"



DOCUMENTO 3 'T3%'



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

FOTO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
RG 552161 SSP DE

CPF
039.267.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1974

FUNÇÃO
AUTOLSON DOS SANTOS

OUTRO RODRIGUES DA
SILVA

PERMISSÃO
ACD

CHT. Nº
28

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADEZ
21/05/2017

VALIDADEZ
14/04/2007

COMENTÁRIOS
sem observações

Assinatura do titular

LOCAL
CERRA FALMADA - PE

DATA EMISSÃO
10/01/2013

Assinatura do emitente

64716445137
72031655616

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

678638355

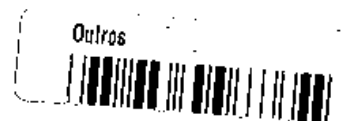


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DA SAUDE	
DETRAN - PB		Nº 012507318289	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE 2016		FACILITADO	
1-00486397262-2A-05/00000000		2016	
JOAO PEREIRA		NOME	
02995634809		FORG4536/PB	
NOVO ADVANT / 1.0B-9C2RC1670CR599386		FALCOV GRSOL	
PAS/MOTOCICLETA/AG-RELIE		HONDA/CG-150-FAN-ESI	
2-BVA-49-7C1		PARCELAMENTO / COTAS	
EPVA-TOBENTO		0066066000	
1-00486397262-2A-05/00000000		2016	
REST. BEN. TRIB. UNICO		10/06/2016	
IGARACI		40053	
408		40053	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESSO, TRANSPORTADAS OU NA OCASIAO DE SEGURO DPVAT			
PB Nº 012507318289		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOAO PEREIRA		NOME	
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR	
SAC DPVAT 0800 024 1204		2016 10/06/2016	
EXERCICIO		DATA EMISSAO	
JOAO PEREIRA		PLACA	
RESERVAM		MARCA / MODELO	
02995634809		FORG4536/PB	
00486397262		HONDA/CG-150-FAN-ESI	
2016		PREMIO TARIFARIO	
9C2RC1670CR599386		DO SEGURO (R\$)	
SEGURO		P.A.G.O.	
COTA UNICA		PARCELADO	
DATA DE COTAÇÃO		SEGURO	
SEGURO		P.A.G.O.	
40053-094		40053-094	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaporanga, 11 de julho de 2017.



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT:

VÍTIMA: João Pereira

SINISTRO: 317032 2503

Prezados Senhores:

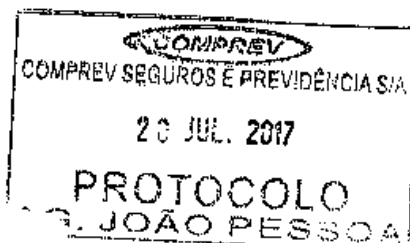
Venho respeitosamente, solicitar reavaliação do Sinistro acima citado. Pois na avaliação de vossos analistas onde os mesmos informam como documento não conforme. Haja vista não existir nenhuma outra documentação fora os já apresentados e que se encontram no Sinistro como sendo ficha do primeiro atendimento do hospital Região de Pombalhy Carneiro número de Prontuário 2605423, que é uma exigência desta Seguradora.

Sendo assim, e por acreditar não ser justo ser prejudicado (a) por não possuir mais documentos médicos, pois, não foi encontrado respaldo para tal exigência na Lei nº 6.194 de Dezembro de 1974 onde não consta nenhuma informação acerca da referida solicitação feita, por isso pode-se entender essa determinação abusiva, e ilegal, sendo porque é considerado pelo Ministério Público, fraude, fazer ou consultar Médico para emissão de laudo para comprovação de lesão ou sequelas.

Portanto, peço cordialmente, que dê continuidade no meu Sinistro para que eu possa ser avaliado (a) por um médico Perito nomeado por este consórcio, para que constate ou não minha debilidade.

Certo (a) de devidas providências desde já antecipo os meus agradecimentos.

Atenciosamente.



Suelio Moreira Torres

PROCURADOR



**PROCURAÇÃO PARTICULAR:****OUTORGANTE:**Nome: JOÃO PEREIRANacionalidade: BRASILEIRO / Estado Civil: CASADOProfissão: ARRENTADOIdentidade: 357.810 / CPF: 029.956.348-09Endereço: SÍTIO PAU AMARELO, S/N, ÁREA RURAL, ITAPORANGA/PB**OUTORGADO:**Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOSNacionalidade: BRASILEIRO / Estado Civil: CASADOProfissão: AUTÔNOMOIdentidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09Endereço: R. MANOEL PEREIRA CAIPIA, Nº 58, CENTRO, ITAPORANGA/PB

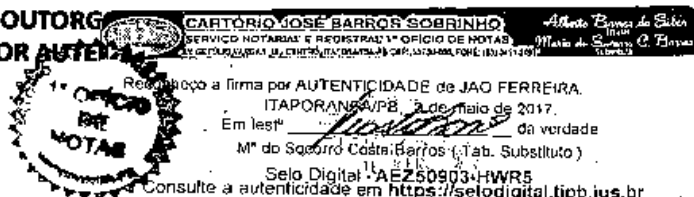
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em 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: JOÃO PEREIRALocal e data: ITAPORANGA/PB, 03 DE MAIO DE 2017

X João Pereira



ASSINATURA DO OUTORGADO
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO)



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11153976

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17
Vitima: JOAO PEREIRA
Data Acidente: 24/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01929/01930 - carta_01



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2017

Carta nº: 11154164

A/C: JOAO PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170322503 ASL-0222285/17

Vítima: JOAO PEREIRA

Data Acidente: 24/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Pag. 00413/00414 - carta_03

00050207

