

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01560.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01560.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:08 horas do dia 16 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Carneiro de Oliveira**, CPF nº 020.798.544-88, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Lucia Maria de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 28/02/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Carolino de Oliveira, Nº 0118, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Municipal Pedro Lins, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98195-8987.

#### Dados do(s) Fatos:

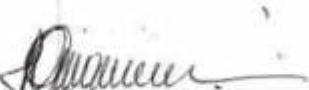
Local: Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Mangabeira I ( Lombada Eletrônica do Colégio Luis Ramalho ), João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo:2009/2010 de cor preta,placa:NQH 7950/PB,Chassi nº 9C2KC1550AR043755,registrado em nome de Zulmira da Silva Dutra,CPF nº 204.181.324-53;QUE segundo o notificante trafegava normalmente na sua mão pela direita, quando um veículo fez uma ultrapassagem pelo notificante e saiu da faixa da esquerda para a direita sem ter o condutor do carro a devida atenção, vindo notificante a colidir na traseira do mesmo, que devido ao impacto veio o notificante a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0451/2018, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 02.04.2018 do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,3

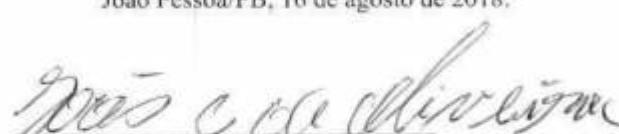
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2018.

  
JOSÉ SAÚLO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação



  
JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Noticiante

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 NOV. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Procedimento Policial: 01560.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

José Bernardo de Oliveira

020.498.544-88

11/01/2018

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

COMPREV  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

José Bernardo de Oliveira

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/096, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1947387, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA idade 42 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 11/01/2018, na Rua Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha , Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CÓDIGO PROTOCOLO: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A  
06 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
Nº: 10171  
JOÃO PESSOA

# 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: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000012777-6

---

Nr. da Autenticação DCBE8FF89067AFB0





**Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB**

70128499

## REFERÉNCIA

OUT / 2013

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

**GERLANDO PEREIRA DA SILVA**  
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 BLA - GRAMAME  
JOAO PESSOA PB 58067- 215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Basculante	Central	Industrial	Público	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VIIIX162131	18/11/2011	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
456	459	3	29	01/11/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO-20	PORT.	05/2017 MS.		
SET/2018	3	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORHIL	
AGO/2018	4	TURBIDEZ	268	366	363	
JUL/2018	2	CLORO	268	367	364	
JUN/2018	6	COL.TERMOT	0	0	0	
MAI/2018	7	COR	73	128	126	
ABR/2018	12	COL.TOTAIS	268	367	367	
MEDIACH	5	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 02/10/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:41:06  
CONSUMO TOTAL (R\$) 0,00

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL CUSTO
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 m3	37,93
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/10/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91



 CAGEM

**CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA**

### NAME OF TARGET: 3

#### **INFORMAÇÕES GERAIS:**

SR. USUÁRIO: EN 31/08/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÍV  
O. COMPARTE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO LEN  
HA PAGO APZ'S A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



 CAGEPA  
Санкт-Петербург 8 800 200 00 00

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENDEDOR	TOTAL A PAGAR
70128499	OUT/2018	16/10/2018	R\$ 37,91

= 3701100100031 3 07012849901 2 0201890003 9



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 José Luís Perene da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Luís Perene da Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 020.498.544 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Funeraliz da Vítima José Luís Perene da Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 020.498.544 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Recuso informar



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

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

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Romualdo Rebin		122	Ap 103 BL A
Bairro Gramame	José Perene	Estado PB	CEP 58064-215
E-mail <u>joseluizperene.kerlbraga@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) (83) 99141-0354

José Perene, 26 de Outubro de 2018  
Local e Data

José Luís Perene da Silva



01

## CERTIDÃO

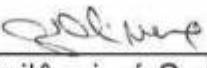
Nº. 0451/2018

Atendendo solicitação de **JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº93706 e Prontuário N° 2018.01.001511, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 11/01/2018 às 17H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 16 e 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Abril de 2018

  
\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





Data e Hora | PRESCRICAO ..(assinatura e carimbo)

## **ANOTACOES DA ENFERMAGEM**

| Reservado p/ liberacao

**Assinatura da Enfermagem**

## PROCEDIMENTO REALIZADO

## DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia

[ ] Transferido

[ ] Desistencia

[ ] UTI

[ ] Alta a pedido

[ ] Enfermaria

Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

~~Typus R. Quinque, da S. Dubt.~~

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**



JOÃO PESSOA

ESTADO DA BAHIA



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Larivière de Oliveira</i>				Registro:	
Idade: <i>43</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>branca</i>	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>16/03/18</i>	Cirurgião: <i>D. Paulli</i>			1º Assistente: <i>Tiago Re</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: <i>D. Vaylson</i>	Tipo Anestesia: <i>Requi</i>			Horário: I: <i></i>	T: <i></i>

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

*Fract. de Pilão tibial D*

CID

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*Osteosíntese*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*trat. enxerto de fract. de pilão  
tibial D.*

COMPREV  
COMPREV  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- (1) Paciente em DIT (ret) anestesiado
- (2) Anésmia + anticoagulação
- (3) Apoio de canos retíneos

**Incisão:**

(4) Início puntiforme para apoio de Pinz de Huang.

**Achados:**

(5) Fratura de pilão fibular

**Conduta:**

(6) Redução e imobilização + Operação de fixador em UMP para fixação de pilão fibular Delta.

(7) Lavagem com sol. fisiológica 0,9%

**Fechamento:**

(8) Fita adesiva com gaze alveolar

(9) Oclusão de cordões

**OBS:**

Data: 16/10/2018

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 distal da perna lateral e medial Dissecção por planos
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tibia distal e maléolo lateral dir
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem do maléolo lateral dir Aposição de 1/3 de cano 08 furos + 05 parafusos corticais + 02 esponjosos em maléolo lateral Aposição de placa em L 04 furos em face lateral esquerda da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso Aposição de placa em L 05 furos em face medial da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 esponjoso Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9% Realizado RX controle
<b>Fechamento:</b>	Fechamento de planos Curativo Tala tipo bota
<b>OBS:</b>	

Dr. Léo - Cirurgião

Data: 31 / 01 / 2018

MÉDICO/CRM



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DENATRAN

**DETAN - PB** N° 013748751078  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00191550647	00/00000000	2017
NOME			
ZULMIRA DA SILVA BUTRA			
CPF/CNPJ	PLACA		
20418132453	NQH7950/PB		
PLACA ANTES DA PLACA	CHASSI		
NOVO	PB 9C2KC1550AR043755		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLC	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2009	2010	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		00/00/0000	1 <sup>a</sup>
	FAIXA I / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 <sup>a</sup>
	*****	0	3 <sup>a</sup>
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO	31/10/2017
OBSERVAÇÕES			
A.F. BM DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JOÃO PESSOA - PB	LOCAL	DATA	
38903		31/10/2017	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013748751078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	31/10/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	20418132453	NQH7950/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00191550647	HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2009	9	9C2KC1550AR043755
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	31/10/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

ABR / 2017



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180522712      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 11/01/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 175.231-2<sup>a</sup>via DATA 05 MAR 2004  
NOME ZULMIRA DA SILVA DUTRA EXPEDIÇÃO

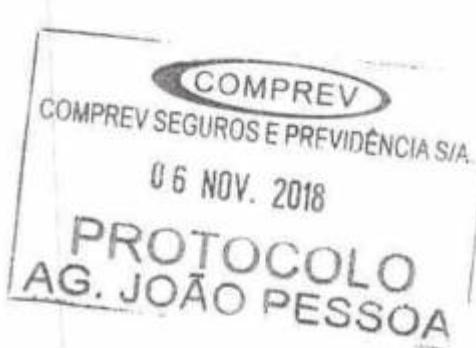
Artur Ludugero da Silva  
Maria José da Silva

FILHO/A  
NATURALIDADE João Pessoa-PB 04.06.1941  
Cert.Casam.nº31.092, fls.254, Liv.B  
DOC ORIGEM 149, 1º Cart.de João Pessoa-PB  
CPF 204.181.324-53

João Pessoa - PB 11/03/2004  
ASSINATURA DO DIRETOR

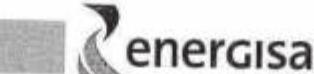
LEI N°7.116 DE 29/08/83

Proprietária do Veículo



**JOSE PEREIRA DUTRA**  
RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 118 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA/PB CEP: 58069-220 (AD 1)

Emissao 19/09/2018 Referencia Set / 2018  
Classe/Suclis: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MDNOFÁSICO B1200, Km26- Cidade Residencial João Pessoa PB-CEP58071-680  
Roteiro: 10-5-2-3-3420 N° medidor: 00000192517



ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ/09 1995 163 / 0001-43 Insc Est: 16016 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012.510.093  
Cód. para Dib. Automatizado: 00003229721

Set / 2018

18/09/2018

18/10/2018

440.637.410-4

Rec. Ent.

UC (Unidade Consumidora):

5/322972-1

Data	Leritura	Data	Leritura			
20/08/18	23664	18/09/18	63917	1	253	20

CCI - Descrição	Quantidade	Unidad	Vlr. Base CIC	Alíq. ICMS/PIVA/Outro IVA (%)	Vlr. ICMs/PIVA	Tributos Totais(R\$) ICMS/IRPJ/ICMS/ PIS/Cofins(R\$) IPI (0,000%) 2,716%
0601 Consumo em kWh	252.000	0,007770	204,38	204,38 / 27	55,19	204,38 1,84 7,59
0601 Aloc. B. Vermelha			18,47	18,47 / 27	4,98	18,47 0,15 0,69
0807 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIB SERV. LUM.PÚBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 232,86 222,83 80,18 222,83 1,78 8,28

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**

**11/10/2018**

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 232,86**

286 | 348 | 279 | 256 | 318 | 295 | 334 | 312 | 256 | 313 | 272 | 286  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

3a6e.be79.6638.c1bb.5eab.ad88.6ffd.9bc3.

Composição do Consumo

Discriminação	Vlcor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energisa/PB	49,79	21,38
Compr. de Energia	83,20	36,77
Serviço de Transmissão	7,74	3,33
Encargos Sociais	11,78	5,08
Impostos Diretos e Encargos	80,26	34,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	232,86	100,00

Valor do IUSCO (Ref. 7/2018) R\$72,09

**ATENÇÃO**

Resgate Tô Vane - Vigência: De 01/08/18 a 31/12/18 - Res. ANEEL nº 2.420, Decreto nº 9.300, de 2017

**Faturas em atraso**

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2018

**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

## PROCURAÇÃO

#### **OUTORGANTE:**

Isaac Barreiro de Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Soldador, CI RG nº 4324569, CPF/MF nº 020 798 544-88 residente e domiciliado(a) à Rua Isaac Barreiro de Oliveira nº 118 - Manoel Vieira, Cidade de Isaac Peres, Estado Paraíba, CEP: 58055-320, telefone (83) 99855-2442, (83) 99171-0357.

**OUTORGADO:** Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

~~COMPREV~~

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV. 2018

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

afonso luisoa, 26 de outubro de 2018.

QUITORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403949/18

**Vítima:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

**CPF:** 020.798.544-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/01/2018

**Titular do CPF:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GERLANDO PEREIRA DA SILVA : 008.014.944-86

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

### JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA : 020.798.544-88

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018  
Nome: GERLANDO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 008.014.944-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

---

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA**  
  
Nº Sinistro: **3180522712**  
Vítima: **JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **11/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **GERLANDO PEREIRA DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522712**.

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**

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

020.498.544-88

Nome completo da vítima

José Panneus de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo José Panneus de Oliveira	CPF titular da conta 020.498.544-88	Profissão soldador
Endereço Rua José Panneus de Oliveira	Número 118	Complemento 1
Bairro Nogueira	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email jennalopespermeante.pilhaqueta@gmail.com	CEP 58055-320	Telefone (DDD) (83)99855-2442

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**

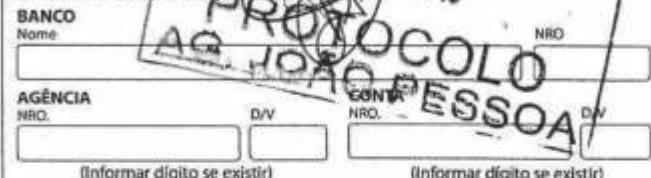
- RECUSO INFORMAR       SEM RENDA  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00       R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

- ATÉ R\$ 1.000,00  
 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)

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO.      D/V      CONTA NRO.      D/V  
 4915           12344      6  
 (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.

Local e Data

José Pessoa, 05 de Novembro de 2018

José Panneus de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal