



**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 íntegra: 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 Araujo 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 Itambé/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:**

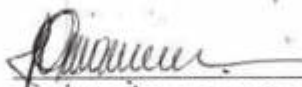
Local: Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Mangabeira I ( Lombada Eletrônica do Colégio Luis Ramalho ), João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO 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 Nº 0451/2018, EXPEDIDO PELA DRª 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 SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA  
Notificante



DAVC-PB



Protocolo 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 interdita 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

João Carneiro de Oliveira

020.998.544-88

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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Carneiro de Oliveira, 01 de Novembro de 2018

Local e Data

x João Carneiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
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 (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico

CPF: 088.101.71

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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

JOSE PEREIRA DUTRA  
RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 116 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-320 (AQ. 1)



Emissão: 18/09/2018 Referência: Set/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Oito Redentor, João Pessoa / PB - CEP: 58071-690  
Retirar: 10-5-2.13-3420 Nº medidor: 00300192517

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Pública Nº 012512 093  
Cód. para DIB Automática: 0003229721

Atendimento ao Cliente

Contato	Set / 2018	18/09/2018	18/10/2018	440.637.410-4
				Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/322972-1

Data	Leitura	Data	Leitura			
20/09/18	83564	18/09/18	83917	1	203	19

Cod.	Unidade	Quantidade	Valor	Base Calc.	Alíq. (R\$)	Valor Calc.	Fórmula	Valor
0601	Consumo em kWh	293,000	0.807770	204,96	204,96	27	55,16	204,96
0601	Adic. B. Vermelho	18,47	18,47	27	4,39	18,47	0,15	0,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0607	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	10,03	0,00	0	0,00	0,30	0,00	0,00
COL Código de Classificação do Item TOTAL								
				232,86	232,86	60,16	232,86	1,79

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
299	11/10/2018	R\$ 232,86

Histórico de Consumo (kWh)											
256	248	270	245	318	285	354	310	265	313	372	295
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.

Indicador de Qualidade				Composição do Consumo		
Discriminação	Valor	Unidade	Limite	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,19	0,00		Serviços do Dist. da Energia PB	49,78	21,39
DIG TRIMESTRAL	10,36		NOMINAL	220	82,30	35,77
DIG ANUAL	20,77			Compre de Energia	7,14	3,22
FIG MENSAL	3,22	0,00	CONTRATADA	203	11,78	5,05
FIG TRIMESTRAL	9,47		LIMITE SUPERIOR	231	99,20	42,47
FIG ANUAL	12,65			Quilose-Serviços	0,00	0,00
DIG DIÁRIO	1,72					
				Total	232,86	100,00

ATENÇÃO  
Faturas em atraso

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





COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

70128499

REFERENCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERLANDO PEREIRA DA SILVA  
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 B/LA - GRAMAME  
JOAO PESSOA PB 58067- 215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X167131	18/11/2011	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (H3)   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	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
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
MEDIA(H)	5	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 02/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:41:06

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

3 H3

37,91

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

VENCIMENTO:

16/10/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/08/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO ILHHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA

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

82610000000 7 37910010001 3 07012849901 2 102018900003 9



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. 1040 PESSOA

**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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Juliano Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Carneiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.498.544 / 88 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima João Carneiro de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Romualdo Rolin</u>		Número <u>122</u>	Complemento <u>Ap 103/BL A</u>
Bairro <u>Gramame</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58064-215</u>
E-mail <u>JulianoPereiraSilva@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)991-71.0354</u>

João Pessoa, 26 de Outubro de 2018  
Local e Data

Juliano Pereira 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 N°93706 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 tíbia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Abril de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





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

Ficha Nr: 93706 Atd: Nao Regulado  
Data: 11/01/2018  
Hora: 17:47:57  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4324569 Fone: 988399102 Num. Prontuario: 2018.01.001511  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/02/1974 Id: 43 ano(s)  
End.: RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 118  
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: LUCIA MARIA DE OLIVEIRA Pai:  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: SOLDADOR Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:  
Resp.: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA  
Tel/Doc. Responsavel: 988399102 / IDENTIDADE: 4324569  
Indicância: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Lesão de ferimento traumático em M.I.D.*

Diagnostico

*Trauma em M.I.D.*

Conduta

*OK  
Atendimento  
Alto do L.O.*

Prescrição

*Tratamento de Pulso  
Fisio  
em: Laboratório*

Horario da medicacao

*Felipe Freire  
MÉDICO  
CRM 10.111*



*COMPREV  
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DTA sob anestesia
- ② Anestesia + antinevrálgica
- ③ Aposição de campos estéril

### Incisão:

- ④ Incisão ponti-fame para aposição de fixador de longo

### Achados:

- ⑤ Fratura de pilão fibular

### Conduta:

- ⑥ Redução cirúrgica + Aposição de fixador em unipol para fixação de pilão fibular em Delta.
- ⑦ Lavagem com sol. fisiológica 0,9%

### Fechamento:

- ⑧ Anestesia cirúrgica com gaze estéril
- ⑨ Oclusão de ferida

### OBS:

Data: 16/12/18

Dr. Raulo Bruno F. Pinheiro  
Médico  
R-10570

MÉDICO/CRM



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna lateral e medial

Dissecção por planos

## Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia distal e maléolo lateral dir

## Conduta:

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 tíbia direita com 03 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Aposição de placa em L 05 furos em face medial da tíbia direita com 03 parafusos corticais + 01 esponjoso

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

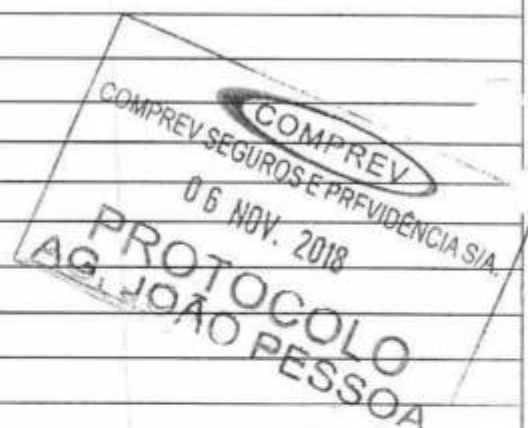
## Fechamento:

Fechamento de planos

Curativo

Tala tipo bota

## OBS:



Data: \_\_31\_\_/\_01\_\_/\_2018\_\_

MÉDICO/CRM

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

NOME  
JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
4324569 SSP PE

CPF  
020.798.544-88

DATA NASCIMENTO  
28/02/1974

FEIÇÃO  
LUCIA MARIA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACB

ACB  
AB

Nº REGISTRO  
05294542544

VALIDADE  
07/04/2021

1ª HABILITAÇÃO  
05/09/2011

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
08/04/2016

ASSINATURA DO EMISSOR  
95814417611  
PB032424418

DETRAN - PB (PARATIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1280562398

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1280562398

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748751078  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00191550647 R.N.T.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME  
ZULMIRA DA SILVA DUTRA

CPF / CNPJ 20418132453 PLACA NQH7950/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1550AR043755

ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP. / POT. / CIL 2 B / 149 / C1 CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. / COTAS 1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 31/10/2017

OBSERVAÇÕES  
DOCUMENTO DE DEPÓSITO OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
JOAO PESSOA PB 31/10/2017

38903 1571

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 31/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 20418132453 PLACA NQH7950/PB

RENAVAM 00191550647 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2009 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2KC1550AR043755

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.236




*Zulmira da Silva Dutra*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 175.231-2ª via

DATA DE EXPEDIÇÃO 05 MAR 2004

NOME ZULMIRA DA SILVA DUTRA

FILIAÇÃO Artur Ludugero da Silva  
Maria José da Silva

NATURALIDADE João Pessoa-PB

DATA DE NASCIMENTO 04.06.1941

Cert.Casam.nº 31.092, fls.254, Liv.B

DOC ORIGEM 149, 1ª Cart.de João Pessoa-PB

CPF 204.181.324-53

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Proprietária do veículo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

JOSE PEREIRA DUTRA  
RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 116 - MANGABERA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58066-320 (AQ: 1)

Emissão: 18/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R230, Km26 - Cristo Redentor, João Pessoa / PB - CEP: 58071-020

Potero: 10 - 5 - 2-3 - 3420 Nº medidor: 00000182917

**energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.152/0001-43 Insc. Est. 16.616.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia: 5 Fátima Nº 012.513.093  
Cód. para Dtb. Automático: 00003229721

Set / 2018	18/09/2018	18/10/2018	440.637.410-4
UC (Unidade Consumidora):			5/322972-1

Data	Leitura	Data	Leitura							
20/09/18	83264	18/09/18	83917	1	253	29				
Cod	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc.	Alíq. (R\$/kWh)	Valor Base Calc. (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)			
				Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Imposto de Renda(R\$)	Imposto de Renda		
0501	Consumo em kWh	253,000	0,977770	204,38	204,38	27	55,19	204,38	1,84	7,59
0601	Adc. B. Vermelha	18,47	18,47	27	4,08	18,47	0,15	0,89		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRE SERV. ILUM. PÚBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
CCI: Código de Classificação de Item TOTAL										
				222,86	222,83	80,18	222,83	1,79	8,28	

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
255	11/10/2018	R\$ 232,86

256	349	270	256	318	295	354	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	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	5,18	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. de Energia/PB	48,78	21,38
DIC TRIMESTRAL	10,29				Compra de Energia	83,30	35,77
DIC ANUAL	20,77				Serviço de Transmissão	7,74	3,32
FIC MENSAL	9,73	0,00			Encargos Setoriais	11,78	5,06
FIC TRIMESTRAL	19,47		CONTRATADA	202	Impostos Diretos e Encargos	90,26	39,41
FIC ANUAL	38,94				Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	2,94	0,00			<b>Total</b>	<b>232,86</b>	<b>100,00</b>
DICR	5,88			231			

Valor de EURO (Ref. 7/2018) R\$ 72,09

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

**ATENÇÃO**  
Requisito T: Não Vigência 26/01/18-Res. ANEE nº 24/2018-Declar. Transmissão

Faturas em atraso

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



# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**  
João Carneiro de Oliveira  
 brasileiro(a), estado civil casado profissão Soldado  
 CI RG nº 4324569  
 CPF/MF nº 020 798 544-88 residente e domiciliado(a) à Rua João Carneiro de Oliveira Nº 118 - Mangabeira  
 Cidade de João Pessoa 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**

João Pessoa, 26 de outubro de 2018.

**CARTÓRIO**  
 VIEIRA BATISTA

João Carneiro de Oliveira

**OUTORGANTE**

**SERVIÇO NOTARIAL VIEIRA BATISTA 2º Ofício Distrital**  
 Rua: ... Mangabeira II - João Pessoa - PB  
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s):  
 JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA  
 Em test. da verdade. João Pessoa - PB 26/10/2018 10:12:35  
 Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCRIVENTE AUTO  
 [2018-027804]ENL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 2,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,47  
 SELO DIGITAL: AM073362-2Y6C  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403949/18

**Vítima:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

**CPF:** 020.798.544-88

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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**

Carta nº 13569674



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

Nome completo da vítima

020. 498 544-88

João Carneiro de Oliveira

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

Nome completo João Carneiro de Oliveira		CPF titular da conta 020.498.544-88	Profissão Soldador
Endereço Rua João Carneiro de Oliveira		Número 118	Complemento 1
Bairro Nogueira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58055-320
Email joao.carneiro.pereira@gmail.com			Telefone (DDD) 183 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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 1915	D/V	CONTA NRO. 12345	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa, 05 de Novembro de 2018  
Local e Data

X João Carneiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal