

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO RICARDO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180251876**  
Vítima: **SEVERINO RICARDO DA SILVA**  
Data do Acidente: **04/07/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180251876**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 13664267



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 ASI

CPF da Vítima

044.786.984-14

Nome completo da vítima

Severino Ricardo da Silva

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

Nome completo <b>Severino Ricardo da Silva</b>	CPF, título de conta <b>044.786.984-14</b>	Profissão <b>Rizalo</b>
Endereço <b>Profa. Anaíto Cavalcante</b>	Número <b>33</b>	Complemento
Bairro <b>Crusto</b>	Cidade <b>João Pessoa</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>Zeduardosilva@hotmail.com</b>	CEP <b>58071-770</b>	Telefone (DDD) <b>8663-4900</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que a cópia do comprovante de residência do endereço informado.



**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b> R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> <b>ATE R\$ 1.000,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>ATE R\$ 3.000,00</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>			
<b>AGÊNCIA</b> 4915 <small>(Informar dígito se existir)</small>	<b>CONTA</b> 051549 <small>(Informar dígito se existir)</small>	<b>BANCO</b> Nome: _____	<b>AGÊNCIA</b> NÚM.: _____
		<b>CONTA</b> RENO: _____	<b>CONTA</b> RENO: _____

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 de maio de 2018

Local e Data

Severino Ricardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00825.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00825.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:28 horas do dia 27 de abril de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Ricardo da Silva**, CPF nº 044.786.984-14, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pizzaiolo, filho(a) de Tereza Rosa dos Santos Silva e João Ricardo da Silva, natural de Borborema/PB, nascido(a) em 30/07/1977 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas Almeida, Nº 55, complemento AP. 404, BC. 01, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Perto do Colégio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98679-6283.


**Dados do(s) Fatos:**

Local: Mituassu, Perto do Rio da Santinha, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 04/07/16 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

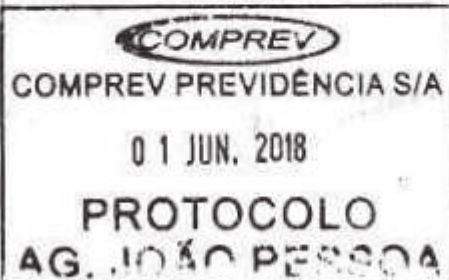
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FANESDI, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OEY9795/PB, CHASSI 9C2KC1680CR441115, REGISTRADA EM NOME DE ALMIR JORONIMO ROCHA E DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, quando passava por uma estrada de barro próxima ao rio da Santinha, em Mituassu, Conde/PB, perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e em decorrência lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1491/2016, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 03.10.2016, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrido pelo SAMU; Que informa o noticiante que não possui CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 27 de abril de 2017.

  
SEVERINO RICARDO DA SILVA  
Noticiante





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Severino Ricardo da Silva

CPF da Vítima

24.786.981-14

Data do Acidente

04-07-18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

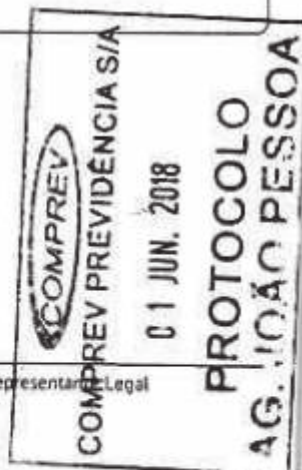
João Pessoa, 21 de maio de 2018

Local e Data

Severino Ricardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## CERTIDÃO


Nº. 1491/2016

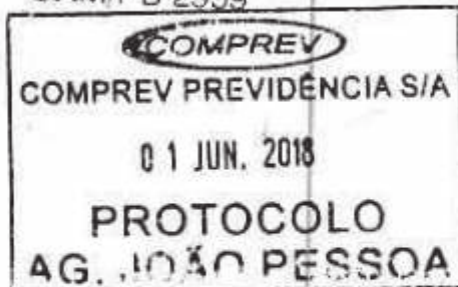
Atendendo solicitação de **EGUINALDO DA SILVA BATISTA JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Prontuário nº 2009.04.002449 e Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 805817 pertencentes a **SEVERINO RICARDO DA SILVA** que foi atendido dia 04/07/2016 às 11h08min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e escoriações.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura diafisária de tíbia direita. Realizado cirurgia dia 13/07/2016 e alta médica dia 14/07/2016.

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

João Pessoa, 03 de Outubro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2359





Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

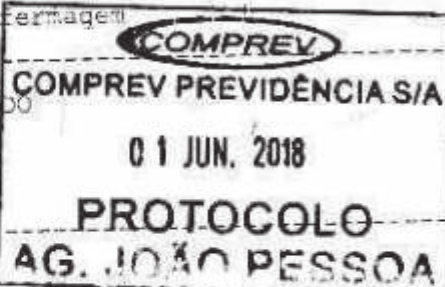
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
-------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



ASSINATURA DO PACIENTE

Assinatura

☐ Transferido

Assistência

☐ OTI

Assinatura e Carimbo

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado

☐ SVC ☐ ITC

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Paciente

PROTOCOLO

TATYANA OLIVEIRA DA SILVA  
RUA PROF AROANJO CAVALCANTI, 33/A - CRISTO REDENTOR  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58071-770 (AG: 1)  
Emissão: 23/01/2018 Referência: Jan/2018  
Classificação: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, K-25 - Centro Roteiro - João Pessoa/PB - CEP: 58071-880  
Roteiro: 14-2-534-1-880 Nº medidor: 00000789918

**energisa**

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.096.193/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Corte de Energia Elétrica Nº001 083544  
Cód. para Dct. Autenticação: 80010638804

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a: Jan/2018 Apresentação: 23/01/2018 Data prevista da próxima leitura: 22/02/2018 CPF/CNPJ/RANI: 7700525412 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1063880-4

**Canal de contato**

Concordamos em seguir com o canal de contato escolhido nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook.com/energisa, no Twitter (@energisa), sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22/12/17 6266	23/01/18 8340		04	22

Demonstrativo		Data Rec. Vig. (mm/aa)		Data Rec. Vig. (mm/aa)		Data Rec. Vig. (mm/aa)		Data Rec. Vig. (mm/aa)	
Descrição		Valor (R\$)		Valor (R\$)		Valor (R\$)		Valor (R\$)	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
Tributos		T							







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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Ricardo da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 044.786.984-14 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima  
Severino Ricardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.786.984-14, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
01 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. 1030 PESSOA

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Marmaino</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>Zeduardo Silva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa 31 de maio de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Severina Ricar de S. S. S. PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
IDADE: 38r SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENF.: \_\_\_\_\_ EXITO: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: 04/07/2016 DATA DE ALTA: 13/07/2016 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 09 dias

DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura do osso da perna (D) CID: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

OUTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

PRINCIPAIS EXAMES: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

TERAPIA FARMACOLÓGICA: \_\_\_\_\_

ANATOMIA PATOLÓGICA: \_\_\_\_\_

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: História: paciente do sexo feminino, 38 anos, com fratura do osso da perna. Realizou cirurgia para correção da fratura. Evoluiu bem, sem complicações. Alta com medicação e orientações.

DIETA: Lm Orientações Pós Alta

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se apresentar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Apio, paracetamol, Ibuprofeno

RETORNO: Ao posto de saúde em 2 dias para retirada de pontos.

Ao Ambulatório de \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

DATA: 14/07/2016

ASS. MÉDICO / CRM: \_\_\_\_\_

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
01 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. NÃO PESSOA



Nome: Sereno Ricardo da Silva Registro: \_\_\_\_\_  
 Idade: 38a Sexo: M Cor: \_\_\_\_\_ Clínica: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Data: 13/07/2016 Cirurgião: Alexandre Galvão  
 1º Assistente: Jorge Augusto 2º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Maria

**DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO**

CID

Fratura Diafisária de Tíbia direita

S82.2

**DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO**

CID

O mesmo

**PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)**

CÓDIGO

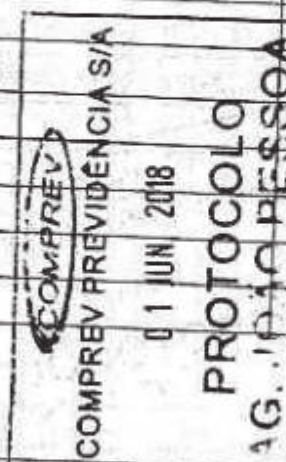
Osteossíntese de Fratura de Tíbia

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não  
 Descreva: \_\_\_\_\_

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

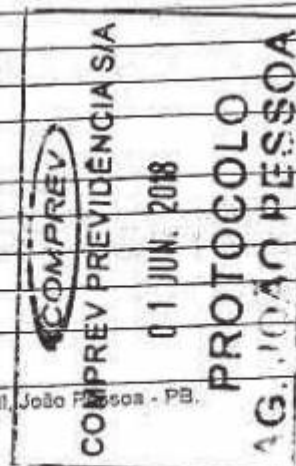
SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do plúrio tibial @*

Conduta: *Tratamento clínico*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E PAZ DEBEN SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237




Severino Ricardo da Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.117.405 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/07/2015
NOME	SEVERINO RICARDO DA SILVA		
FILIAÇÃO	JOÃO RICARDO DA SILVA TEREZA ROSA DOS SANTOS SILVA		
NATURALIDADE	BORBOREMA-PB	DATA DE NASCIMENTO	30/07/1977
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº 648 - LV. A 1 - FLs. 136 - CARTORIO BORBOREMA PB		
CPF	044.786.984-14		

Assinatura: [Assinatura]

Nome: A. B. Lacerda

Carimbo: [Carimbo]

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO REGIONAL DA PRAIA  
CENTRO DE ADVOCACIA



JOSE EDUARDO DA SILVA

12570

12570

JOSEFA DEVASIO DA SILVA

1010 PESSOA-98

1.054 942 - SSP/PR

SECCAO DE REGISTRO E TITULO

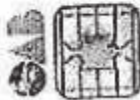
NÃO

ART. 23, § 1º, inciso I, da Lei 13.127/2015

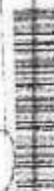
VITAL PRESENTE



JOÃO DE AGUIAR



DEFENSORIA



**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
01 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
01 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Severino Ricardo da Silva  
brasileiro, solteiro, Rizalo, portador do RG de Nº  
2.117.405 e CPF de Nº 044.786.984-14, vítima de acidente de  
transito dia 04/07/16 no veículo moto de placa  
0EY9795, onde eu era Condutor, de propriedade  
de Amos Jerônimo Rocha, VENHO aqui informar  
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por  
um destes motivos abaixo marcado.

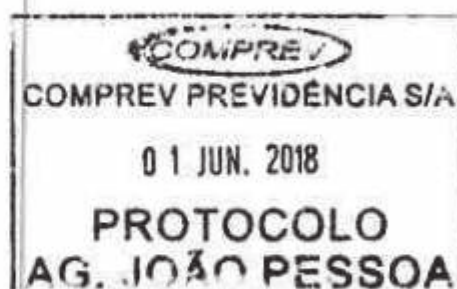
( ) o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE  
VEÍCULO

( ☒ ) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à  
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do  
meu processo de DPVAT- INVALIDEZ, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

X Severino Ricardo da Silva  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa, PB, 21 de maio de 2018.



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Severino Ricardo da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Pizzolo, CI RG nº 2.117.405,  
CPF/MF nº 044.786.984-14, residente e domiciliado(a) à Rua  
Prof. Arcanjo Cavalcante N.º 33 Cristo,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
P.B., CEP: 58071-770, telefone  
98660-2858, 98832-9676\*, 986634900

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, 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 PREVIDÊNCIA S/A  
01 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 24 de maio de 20 18.

1º OFÍCIO  
NOTARIAL

Severino Ricardo da Silva

OUTORGANTE

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RECIFE  
Reconhecimento Por Autenticidade a Tira de SEVERINO RICARDO  
DA SILVA, [98762], J. Pessoa-FR, 06/06/2017 09:46:54 Emol  
R\$9,23 Farpem:R\$0,27 Fepj:R\$11,85, ISS:R\$0,46. Em test da  
verdade. Tabela CELEIDA/DCE/90 PEREIRA SILVA. Selo  
Digital AT-98591-91FU 10/05/2018  
<https://selodigital.tpb.jus.br>



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RICARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180251876

Vitima: SEVERINO RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 04/07/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180251876**.

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 12920231



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RICARDO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180251876  
Vitima: SEVERINO RICARDO DA SILVA  
Data do Acidente: 04/07/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180251876**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo  
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12921114

