

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

068.357.444-73

Nome completo da vítima

Fabio Camilo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Fabio Camilo da Silva		068.357.444-73		Mecânico	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Tropicada		59		3702,64	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Centro	Conde	PB	58322-000		
Email				Telefone (DDD)	
lucine.spvat@gmail.com				(83) 99100-5607	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0033 D/V. 0300066544 D/V. 4 (Informar dígito se existir)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ CONTA NRO. _____ D/V. _____ (Informar dígito se existir)					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Faria, 05 de maio de 2018
Local e Data

× Fabio Camilo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01017.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01017.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:37 horas do dia 25 de maio 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 **Fábio Camilo da Silva**, CPF nº 069.357.474-73, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico de Refrigeração, filho(a) de Maria de Lourdes Camilo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/01/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Supermercado Irmão Dorge, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6534.

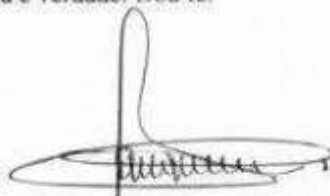
Dados do(s) Fatos:

Local: Francisco Porfírio Ribeiro, Bem Mais, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 08:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

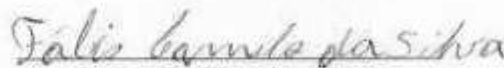
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 31/01/2018, por volta das 08:42 hs quando transitava na rua: Francisco Porfírio Ribeiro, em Mangabeira, nesta Capital PB, com o veículo tipo motocicleta Honda CBX 250 TWISTER de cor amarela, ano e modelo: 2007/2008 de PLACA: MOI 5837/PB, chassi nº 9C2MC35008R008364, registrado em nome de João Kennedy Pereira Saldanha, CPF nº 504525504-59; QUE segundo o notificante ao transitar pela rua acima citado, e que vinha de carona, onde a pessoa de Joelisson Sales da Silva, portador do CPF 701.601.554-59 que pilotava o veículo(moto), na ocasião do acidente; QUE segundo o notificante foram trancado por um outro veículo, não sabendo informar marca e modelo, bem como não sabe informar o nome do condutor causador do acidente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0623/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 17.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 25 de maio de 2018.


FABIO CAMILO 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 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 <i>Fabio Carmilo da Silva</i>	CPF da Vítima <i>068.354.444-43</i>	Data do Acidente <i>31/01/2018</i>
--	--	---------------------------------------

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.

Fabio Carmilo da Silva de *maio* de *2018*
Local e Data

Fabio Carmilo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 23/05/18


Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.289-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 22 de Maio de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0218/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 31/01/2018, conforme requerimento nº 223/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h42min o/a Sr.(a) **FÁBIO CAMILO DA SILVA**, CPF 069.357.474-73, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na rua Francisco Porfírio Ribeiro, Mangabeira, – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o **SB BM JULIANA DE ALCÂNTARA BRONZEADO**, Matrícula: 526.058-2. Vítima consciente e orientada, apresentando escoriações nos MMSS e MMII com possível fratura de tibia e escoriações na região lateral direita do abdômen. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira-(CHM).

Para constar, eu **Jânio Damião Carneiro de Alencar** - 3º SGT BM, Mat. 520.030-0, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
TEN. MAT 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



GOVERNO
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO CAMILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000066514-7

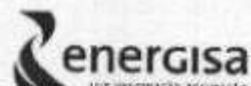
Nr. da Autenticação 798D5B1B91A61F16

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 006.151.460



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Insc.Est. 15.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

MAYARA IRINEU DA SILVA
RUA PROJETADA S/N
CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1378484-8

REFERENCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

09/05/2018

CONSUMO

92

VENCIMENTO

16/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 52,77

Cp: 58.329.000

SENTAQUE AQUÍ

Acesse: www.energisa.com.br



MAYARA IRINEU DA SILVA

Roteiro: 03-021-415-3860

83620000000-5 52770054000-0 13784842018-8 05700021019-5

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

16/05/2018

R\$ 52,77

1378484-2018-05-7



(83) 99831-5088
(83) 99100-0607

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Domilo de Arraújo da Silva inscrito (a) no CPF 021.462.164 / 31
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Camilo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 069.357.479 / 73 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima
Fabio Camilo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.357.479 / 73, 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.

Endereço <u>Rua Francisco Rodolfo Ribeiro Coutinho</u>		Número <u>101</u>	Complemento <u>52 203</u>
Bairro <u>Bomfim</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58086-400</u>
Email <u>lulere.dpvat@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(55) 99100-5604</u>		Telefone celular(DDD) <u>(55) 99111-5058</u>

João Pessoa 05 de junho de 2015
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA,

RG nº 1.118.564, data de expedição 23/05/2005 ^{2ª via}

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504525504-59 com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. 4: MAIO - BAIRRO YAGUARIBE, nº 583,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Felipe Camilo da Silva, cujo o condutor era

Joelinton Sales da Silva.

Veículo: Pass / Motocicleta / Não Aplic.

Modelo: Honda / CBX 050 + WTS / ER

Ano: 2004 / 2008

Placa: MOF 58334 / PB

Chassi: 9C2MC35008R008R008369

Data do Acidente: 21-02-2018

Local e Data: 21-02-2018

João Kennedy Pereira Saldanha
Assinatura do Declarante

Joelinton Sales da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



50070

Associação Brasileira de Notários e Registradores
Rua Maria Angélica Dória Góes, 100
Tietê

PROCURADOR DE JUSTIÇA
PROCURADOR DE DEFESA
PROCURADOR DE FISCALIAÇÃO
PROCURADOR DE TRIBUTAÇÃO
PROCURADOR DE VÍCIO DE FISCALIAÇÃO
PROCURADOR DE VÍCIO DE TRIBUTAÇÃO
PROCURADOR DE VÍCIO DE FISCALIAÇÃO
PROCURADOR DE VÍCIO DE TRIBUTAÇÃO

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 21/02/2018 08:49:53

João Francisco da Silva - Escrevente

(2018-004854) EMPL: R\$ 89,48 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AGJ08775-CORV

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb>

João Francisco da Silva
50070
Associação Brasileira de Notários e Registradores



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Fabio Cavaleiro do Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			<u>OBITO</u>	<u>08</u>	<u>127</u>
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<u>31/01/18</u>		<u>02/02/18</u>			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
<u>Fx Exposita do Perneo Ess</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
<u>O tumor</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<u>Radiografias + E.F.</u>					

PROCEDIMENTO REALIZADO:

LUC + DESBRIDAMENTO + RAPP

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

☒ MELHORADO

☐ REMOVIDO

☐ A PEDIDO

☐ CURADO

☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Doença subaguda, inicialmente eliminando os urticais, com tosse definitiva. Exame com fex no glúteo de lesões no útero e na região do pescoço de uso de medicação e do acompanhamento ambulatorial.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

luc

REPOUSO:

Relativo em casa por dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Paracetamol 500mg + APNE + ANAESTÉSICO

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do Dr. Fernando

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão. 15 dias

02/02/18

DATA

Dr. Leonardo Mirano

Médico

CRM-PR 2377

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

06

CERTIDÃO

Nº. 0623/2018

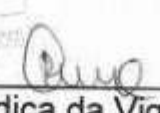
Atendendo solicitação de **FABIO CAMILO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 98920 e Prontuário nº2018.01.004361, pertencentes a mesmo que foi atendido dia 31/01/2018 às 09H18min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 02/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de abril de 2018

033.3533
Dra. Rossana de Fatima de Araujo Barbosa


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Attd: Nao Requ

Hora: 09:18:50

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004361

Matrícula: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/01/1985 Id: 33 ano(s)

1.: RUA PROJETADA NAO SOUBE INFORMAR, OOSEM CARTAO DO SUS VEIO NO CARRO DO BOMBEIRO TEC. D

Pai: NAO DECLRADO

Nome: MARIA DE LOURDES CAMILO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Descrição: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

ARMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

PRIMO WALKER BATISTA DE SOUZA

Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

cedência: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO CARRO DO BOMBEIRO

Vítima de acidente por: MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX DO BEM MAIS

Atima de violência por: HJ AS 8/40 CONDUCTOR IA TRABALHAR

4.] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: ER:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Idade: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispineia

emia: TMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd: 02%

☒ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

SAO MOTO COM CARRO COM FERIMENTO EM MIE

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Porque sistemas de queda de multa sem múltiplas
exatidão e possível futura troca

Postico Treasms

Conduta R x Se furto. E
viciados,

descriçao

| Horario da medicacao

[illegible]

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Flávia Camil Data da Admissão: 31/10/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____
HDA: Don edna e olegar mudo?
Peg. Am 10

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma _____

[] Alcoolismo _____ [] Neo _____

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: _____

Conduta: _____

Dr. [Signature]
CRM: [Number]
5498

[Signature]



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: FLÁVIA CAMILA DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 31.01.12	Cirurgião: [assinatura]			1º Assistente: [assinatura]	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Frente Exant. Pm (6)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
A men.					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Ressecção de tumor					
Exat. int.					
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					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição em Decúbito Dorsal
 Lavagem da pele Anterior
 Assup + Antisept
 Aparição de um sang

Incisão:

Achados:

Conduta:

1. Incisão longitudinal da moel Ant
 2. Retirada de um pedaço (4)
 3. Dissecção para encontrar o
 4. fraco do plat
 5. Redução do Alveolo + Fixação
 6. Internar com Placa D/C P
 7. Retirada do gume + 8 pontos
 8. Cauterização
 9. Lavar com S.E. 7/9
 10. Sutura do plano

Fechamento:

- curativo
 11. Curativo

OBS:

Data: 31/02/2008

Dr. Eneas P. Bessa Jr.
 MEDICO
 CRM 14494
 MEDICO/CRM

Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Fabio Camilo da Silva é portador do CID : S 82
apresentando dor crônica, acompanhado de edema em perna esquerda
proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como
seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

23-07-2018



Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

CARTERA DE IDENTIDADE

Fabio Camilo da Silva




900-L

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

ESTADO DA PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.163.968 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/09/2016

NOME
FABIO CAMILO DA SILVA

FILIAÇÃO
MARIA DE LOURDES CAMILO DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
10/01/1985

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 35533 - LVA-32 - FLS.177V - CARTORIO 4)JOAO PESSOA/PB

CNPJ
069.357.474-73

JOAO PESSOA - PB

DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

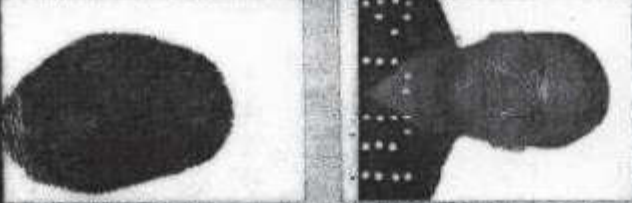
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-005



Daniilo de Araújo Nobre Leite

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.929.439 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2010

NOME DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

PAI FRANCISCO NOBRE LEITE

MÃE CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE

NATURALIDADE PIANCÓ-PB DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977

DIG. CIVIL N. 5007 FLS. 107 LIV. B-19

CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF 021.762.164-31

Assinatura: João Pessôa - PB

Assinatura: [Illegible]

LEI Nº 7.116 DE 28/08/63

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA

VALORES

NOME DO COMPRADOR

Fabio Camilo da Silva

RG

3-163968 CPF/CNPJ 069357444-3

ENDEREÇO

RUA ABEL DA SILVA
M: 314 Bairro Centro das Américas

LOCAL E DATA

João Pessoa - PB 06/02/2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

João Kennedy Pereira Saldanha

O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado responsável solidariamente pelos pagamentos impostos e suas atualizações até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

O adquirente tem o prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 231 do CTB).

ANTONIO PAULO CAMILLO DA SILVA
 ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 309 C.P.C.

DECLARAÇÃO NOTARIAL - VENDEDOR A MARCINHA - 2º OFÍCIO DISTRICTAL
 Bel. Rômulo Vieira Bausta - Tabelião
 Rua Elias Pereira de Araújo, 40
 João Pessoa - PB 55011-000
 Telefone: (33) 3244-1509



SIVANILDO
EMPLACAMENTOS
 (83) 98829.5651
 98199.5153
 João Pessoa - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813764949
 5551276801

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRF 20180000019416-0

2 0093765947-9 00/00000000

JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA
 AVENIDA PRIMEIRO DE MAIO 583
 JAGUARIBE
 58015430-0000 JOÃO PESSOA - PB

50452550459 00158377/PB

FLAVIO VIEIRA GONÇALVES

NOV 06/2018 PB 9C2MC35006R008364

PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC GASOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER 2064/2068

2 P/249 /CI PARTIO AMARELA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : MC35E-8008364

JOÃO PESSOA - PB

19399 19/02/2018 34584

SERVIÇO NOTARIAL
VIEIRA BATISTA

2º Ofício Distrital
 Bel. Rômulo Vieira Bausta
 Tabelião
 Bel. Rosângela Vieira Batista
 Substituta
 Rua Elias Pereira de Araújo, 40
 João Pessoa - PB 55011-000
 Telefone: (33) 3244-1509

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180260313

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA

Data do acidente: 31/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação moderada da flexo extensão de tornozelo esquerdo.
Uso de muletas para deambular .

Resultados terapêuticos: Cirurgiado na urgência e alta em 02-022018.
Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

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

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **MANGABEIRA- JOÃO PESSOA**

Data e local do exame: [**29/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE COM CICATRIZ CIRÚRGICA TERÇO ANTERO INFERIOR PERNA ESQUERDA (VIA DE ACESSO CIRÚRGICO), SEM ATROFIAS MUSCULARES, SEM DEFORMIDADES EM MEMBRO, MOBILIDADE NO TORNOZELO ESQUERDO NORMAL, JOELHO E QUADRIL ESQUERDO TAMBÉM NORMAIS. REFERE EDEMA CRÔNICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA, FORÇA MÁXIMA REDUZIDA EM 10% EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRALATERAL. REFERE DOR CRÔNICA PERNA ESQUERDA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL EM 31/01/2018 COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. FEITA REDUÇÃO CRUENTA+ LIMPEZA DE FERIDA + FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS. EM 02/02/2018 RECEBEU ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. REFERE QUE TEVE ALTA AMBULATORIAL EM JULHO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 12/07/2018): 12,5% da IS. Conduta mantida.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **João Pessoa pb**

Data e local do exame: [**12/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta de ossos da perna esquerda

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Acidente em 31-01-2018 Ao exame : 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação flexo extensão de tornozelo em 50 %. Uso de muletas para deambular .

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Cirurgiado na urgência e alta em 02-022018. Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação motora

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: Nº 010.650.848



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R: 230, Km 20 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58671-680
CNPJ 06.955.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.915.823-0

DADOS DO CLIENTE MAYARA IRINEU DA SILVA RUA PROJÉTICA S/N CONDE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1378484-8		
REFERÊNCIA AGO/2018	APRESENTAÇÃO 09/08/2018	CONSUMO 0	VENCIMENTO 16/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

Gr. 58.322-000

Acesse: www.energisa.com.br

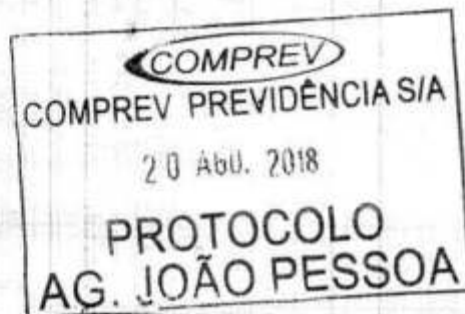
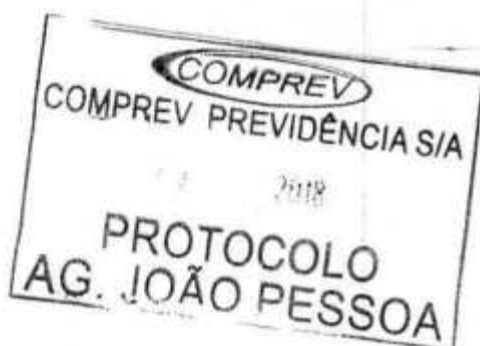


MAYARA IRINEU DA SILVA
Roteiro: 03-021-4153880
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/08/2018

VENCIMENTO 16/08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 0,00	MATRÍCULA 1378484-2018-06-1
--------------------------	---------------------------	--------------------------------

(83) 99833-5088

Para remarcar perícia



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fabio Camilo da Silva
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: casado
Profissão: Mecânico
Identidade: 3.163.968 2ª Via CPF: 069.357.449-73
Endereço: Rua Proptador, 59,
Conting, conde, Paraíba, CEP: 58322-000

OUTORGADO:

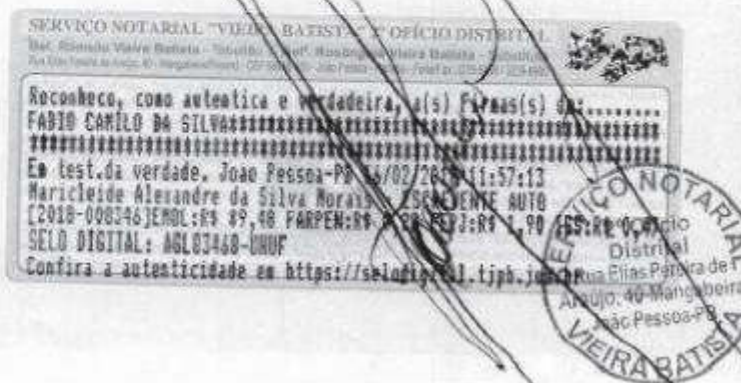
Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado
Profissão: Prestador de Serviços
Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro
Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 25 de maio de 2018.

Fabio Camilo da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Sinistro: **3180260313**
Vítima: **FABIO CAMILO DA SILVA**
Data do Acidente: **31/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180260313** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142605

A/C: FABIO CAMILO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180260313
Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000066514-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Sinistro: **3180260313**
Vítima: **FABIO CAMILO DA SILVA**
Data do Acidente: **31/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180260313** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180260313**

Vitima: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Data do Acidente: **31/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180260313**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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