

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180151791**

Vitima: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**

Data do Acidente: **16/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180151791**.

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 12619145



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: IDELTONIO RAMOS DE LIMA
Nº Sinistro: 3180151791
Vitima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA
Data do Acidente: 16/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180151791**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

Nº Sinistro: 3180151791

Vitima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180151791**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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

017.070.894-26

Nome completo da vítima

Ideltonio Ramos de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ideltonio Ramos de Lima		CPF titular da conta 017.070.894-26	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Paga		Número S/N	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade São José de Caiana	Estado PB	CEP 58.784-000
Email sertas-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83 999471520/996978811	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2176 D/V 8
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 34435 D/V 4
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

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.

Itaporanga 22 de Janeiro de 2018.
 Local e Data

Ideltonio Ramos de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0051/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **16/01/2018** hora: **17:30 HORAS**

Local do fato: **São José de Caiana-PB**

Sob responsabilidade da Autoridade Policial: **Darcinaura Alves de Assis.**

Notificante: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**, alcunha "**xx**", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Conceição-PB, idade: xx anos, nascido em 02/06/1992, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental, documento: RG 57364309 SSP/SP, filiação: Antonio Gomes de Lima e de Luiza Bezerra Ramos, endereço: Sítio Lagoa Zona Rural São José de Caiana-PB, referência: xx.

Vítima: **O NOTIFICANTE**, alcunha "**xxx**", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: anos, nascido em / / , cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: , filiação: e de , endereço: Rua , referência: **.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha para sua casa na cidade de São José de Caiana-PB AI SE COLIDIO COM UM ANIMAL Bezerro que tinha saído de dentro do mato um Bezerro era novo que ficava atravessando de lado para o outro na estrada de terra, que o notificante disse que se levantou e saiu para a sua casa e depois foi para o Hospital de São José de Caiana-PB E FOI TRAZIDO PELO samu DA CIADDE DE Caiana até o Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva em Itaporanga-PB que quebrou sua cavícula, a sua motocicleta era uma HONDA/CG 150 FAN ESDI, gasolina, ano 2010/2011, cor Preta, placa NQK-2587-PB, chassi nº 9C2KC1680BR309380 de propriedade do senhor FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA. Nada mais a consignar.

As 11: 50 horas, Itaporanga, 22 e Janeiro de 2018.

Ideltonio Ramos de Lima
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro:

Sergio Luiz de Sousa
Mat. 137.327-7



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

Ideltonio Ramos de Lima

CPF da Vítima

017.070.894-26

Data do Acidente

16/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sentar.asesoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996978811

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.

Itaperanga, 22 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Ideltonio Ramos de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

WBI (1)

JOSE VICENTE DE ARAUJO
SIT LACOA, S/N - AREA RURAL
SAO JOSE DE CAIAPI / PB CEP: 58704-200 (AO: 154)

Emissao: 30/11/2017 Referência: Nov/2017
Classe/Suporte: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO 220V, km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
Roteiro: 15 - 180 - 889 - 1840 Nº medidor: 00098523158



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Nota Fiscal / Data de Emissão: 0001 401 737
Cód. par. Deb. Automático: 00005910153

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	30/11/2017	29/12/2017	21886090453

UC (Unidade Consumidora): 5/591015-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMETRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMETRICO PARA QUE PROCUREM O CARTORIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PROXIMO DA SUA RESIDENCIA, ATÉ 20/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TITULO ELEITORAL. SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTE O SITE WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
31/10/17	6526	30/11/17	6643	

Demonstrativo

QDT	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc.	Alq. Impo (R\$)	Base Cál. Impo (R\$)	Valor Impo (R\$)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo em kWh	118,000	0,374980	44,14	0,00	0,00	44,14	0,00
0001	Adc. B Verneira			0,21	0,00	0,00	0,21	0,00
0010	Subsídio			18,91	0,00	0,00	18,91	0,25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0004	JUROS DE MORA 09/2017			0,20	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 08/2017			0,58	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio			-17,51	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação da Tarifa TOTAL 52,70 0,00 0,00 49,4 0,00 4,34

Média últimos meses (kWh) 184
VENCIMENTO 07/12/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 52,70

Histórico de Consumo (kWh)

120	177	88	14	42	151	221	202	274	277	15	42
Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	15	Nov/16

RESERVADO AO FISCAL
f5d3.aef0 b402.ba8f.2d54.51c7.39eb.b72a

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSIONAL	1,94		
DISTRIBUIÇÃO	23,00		
DEMANIA	47,72		
DEMANIA	7,99		
DEMANIA	15,70		
DEMANIA	11,49		
DEMANIA	8,59		
DEMANIA	18,70		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	16,25	30,84
Consumo de Energia	23,51	44,61
Serviços de Transmissão	4,40	8,33
Encargos de Energia	4,50	8,54
Impostos de Energia	6,99	13,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	52,70	100,00

Índice de R. 107 (R. 107) 1,428

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV SEC. DE ENERGIA
03 ABR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

ROILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIÁ, 55 - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP 58780000 (AG: 154)

Emissão: 09/02/2018 Referência: Fev / 2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B200, Km 25 - Crote Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 00008205001

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ/00395193/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 011.907.666
Cód. para Dth Automático: 00000218434

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924708409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Oferece um bônus de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/01/18	9894	09/02/18	9989	1	78	28

Demonstrativo											
Cod	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alc	Impostos (R\$)	Base Calc	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (R\$)
				Trabalho Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (R\$)	Por (R\$)
0801	Consumo em kWh	76.000	0.720030	54.01	54.01	35	12.80	54.01	0.62	2.00	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			8.18	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0.98	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	
0805	MULTA 01/2018			0.98	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

COMPREV SEGUROS E RESIDUOS
03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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/biblioteca/web/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 Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ideltonio Ramos de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894 / 26, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Ideltonio Ramos de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894 / 26, 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 Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sertas-assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83/999477520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E RESEGUROS
03 ABR. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLADO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Francisco Gilmarco da Silva

RG nº 3.831.048-29, data de expedição 20 / 02 / 2013, órgão SSDS/PC
 Portador do CPF nº 092.979.354-43, com domicílio na cidade de
São José de Caiana, Estado de Paraíba, Onde resido
 na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Condado

_____, nº 511, complemento rua rural declaro, sob
as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a

Vítima: Ideltonio Ramos de Lima

cujo condutor era: o mesmo

Veículo: moto

Modelo: Pondal CG 150 Jan ESDI

Ano: 2010/2011

Placa: NQK 2587/PB

Chassi: 9C2KC1680BR309380

Data do Acidente: 16/01/2018.

Local e Data: Itaporanga/PB, 01/03/2018.

X FRANCISCO GILMARCO DA SILVA

Assinatura do

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA.

ITAPORANGA/PB, 1 de março de 2018.

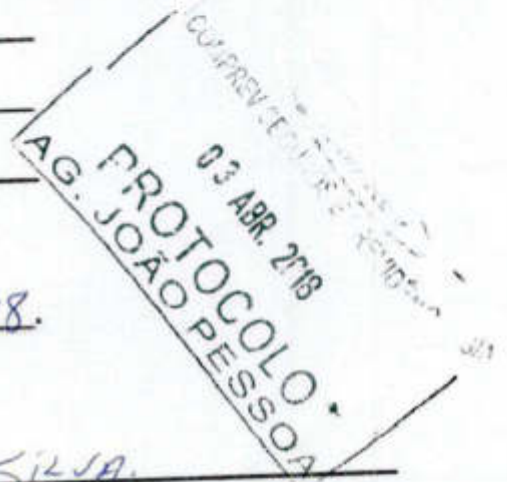
Em test^o Notas da verdade

M^o do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AGN26331-ZQHP

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima) eclamante do sinistro)



meine, levi, als es,
für. Guck ab 1800- Sie-
thi O & es

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

Proton 1000

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1

2

Sub

24

01 - ELEITIVO	CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 02 - URGÊNCIA Hora de atendimento do paciente pelo médico: _____ : _____

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ALUNO DO IMPLANTADO V. INADMISSÃO

☐ 08 - OUTROS TIPOS DE LEROS E ENVENENAMENTO O FOR AGENTE DO SERVIÇO O CONTINUA

PROCEDIMENTO - descrição

DIAGNOSTICO

Trigonochloa *colubina* *Desf.*

CID-10: ✓

MEDICAÇÃO:

ENCANINHAMENTO:

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTROSPITALAL

☐ **Other**☐ **QUIROS**

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible][illegible][illegible]

ASS. DO(S) PROFESSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) CARIMBO(S)

CHC

MÉDICO - CRM

FERNANDO JUCA / CRM5322

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CAPRIBBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARNEIRO

03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Dr. Philippe Figueiredo
CRM - 10513 PB
Clínica Geral



RELATÓRIO MÉDICO

O presente Relatório Extra de Vinte e Nove dias de cuido de mata no dia 18 de junho de 2018, com futura fechada em clausula de mata. Feito inspeção em o top por remota day, no mesmo fundo de mata em abas em outro dia, foi dada de 20 de abril de 2018

Itaporanga, 29/06/18.

Philippe W. S. de Figueiredo
CRM MEDICO
PB 10513

Dr. Philippe Figueiredo
CRM 10513 - PB

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

NOME
 IDELTONIO RAMOS DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / CNH. EMISSOR / UF
 57364309 SSP/SP

CPF
 017.070.894-26

DATA NASCIMENTO
 02/06/1992

FILIAÇÃO
 ANTONIO GOMES DE LIMA
 LUIZA BEZERRA RAMOS

PROFISSÃO
 REC. CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 05019245749

VALIDADE
 15/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
 31/10/2013

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

Assinatura: *Ideltonio R. Lima*
 Assinatura do proprietário

LOCAL
 ARTUR NOGUEIRA, SP

DATA EMISSÃO
 19/02/2016

Assinatura: *Daniel Amador*
 Daniel Amador Carlos, Diretor do Detran SP
 20136480111
 SP802148867

DETRAN SP (SAO PAULO)

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1197944230

PROFISSÃO PLASTIFICAR
 1197944230

COMPREV SEC. DE TRANSP. 101
 03 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

PE

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.347.066-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CKT. NAB.
22

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
26/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
32504580707
PE079701306

PERNAMBUCO

DENATRAN CONTRA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
Nº 013176753658
DATA 2017/06/06 00:00:00
VIA 1 0027158255-3 00/00000000 2017

FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA

09297935443
NOVO PB 9C2KC1680BR309380
ALCO/GASOL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APIC
HONDA/CG150 FAN FSDI
2 P/149 /CI
CATEGORIA PARTIC
COR PRETO
PRETA

TPVA PAGO EM 00/00/0000
COTA UNICA
PARCELAMENTO/DTAS
1º 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)
***** SEGURO PAGO 26/06/2017

SERRA GRANDE - PB
42005
19/07/2017
31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM EHE STE VOU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSFERIDA, OUNADO SE GOSTO DPVAT

PB Nº 013176753658 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

09297935443
2017 19/07/2017
NOK2587/PB

00271582553
HONDA/CG150 FAN FSDI
2010 9 9C2KC1680BR309380

PRÊMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
IOF (R\$) *****
SEGURO
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
TOTAL A SER PAGO (R\$) PAGO
DATA DE QUITAÇÃO 26/06/2017
☐ SÓTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.803/0001-04

31054-0935042-20170719

9102-230

COMPREVE SEGURO E RESIDUO
03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE COM A RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA. EM CASO DE CIRURGIA, ENCAMINHAR FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDELTONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Ideltonio Ramos de Lima
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 57.364.309 / CPF: 017.070.894-26
Endereço: Sítio Lagoa, SN, área rural, São José de Caiana/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.0694-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Ideltonio Ramos de Lima

Local e data: Itaporanga/PB, 01/ março/ 2018.

X Ideltonio Ramos de Lima

