

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170638757**

Vitima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170638757**.

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 12074111



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vitima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 12074214



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vitima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 12708508



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Nº Sinistro: **3170638757**

Vitima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Sinistro: **3170638757**

Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Data do Acidente: **13/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170638757** 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, 13 de Julho de 2018

Carta nº: 13093881

A/C: CICERO MATIAS DA COSTA

Nº Sinistro: 3170638757
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: **CICERO MATIAS DA COSTA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **237**

Agência: **000005776-2**

Conta: **000000571293-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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

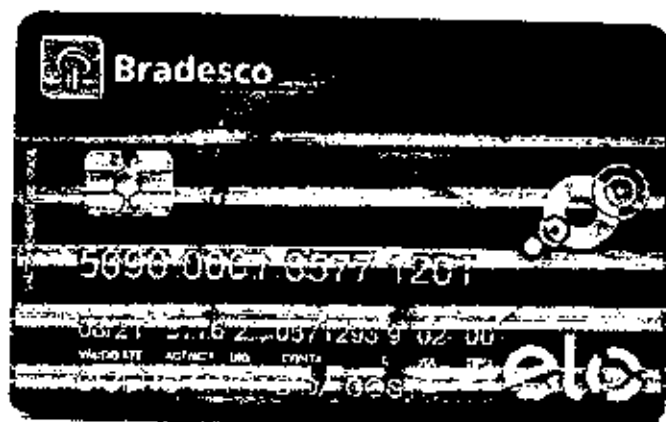


Autorizacao de pagamento



SELECOES LIDER OPENI AC

24-10-2017 11:55 272747 1/1



SEPARAÇÃO LÍDER: 09/07/02

24-100-2812 11:55 272748 1/1


**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉD
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**


Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Cícero Matias da Costa	CPF titular da conta 603.634.364-72	Profissão Operário
Endereço Rua Manoel Domingos	Número 348	Complemento Casa
Bairro Paulista	Cidade Ponte	Estado Pernambuco
E-mail cicermatiasdacosta@live.com	CEP 55.145-000	Telefone (DDD) 83.9.9630 5225

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 POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
Banco Bradesco S/A	237
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
5776	0571293
D/V	D/V
2	9
(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.

Ponte PB 05 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Cícero Matias da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉD
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**


Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Cícero Matias da Costa	CPF titular da conta 603.634.364-72	Profissão Operário
Endereço Rua Manoel Domingos	Número 348	Complemento Casa
Bairro Paulista	Cidade Ponte	Estado Pernambuco
E-mail cicero.matias.dacosta@live.com	CEP 55.145-000	Telefone (DDD) 83.9.9630 5225

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 POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
Banco Bradesco S/A	237
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
5776	0571293
D/V	D/V
2	9
(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.

Ponte PB 05 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Cícero Matias da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3170638757
Nome do(a) Examinado(a): Cicero Matias da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Manoel Domingos, 148
Jardim Planalto Cuite PB CEP: 58175-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1273689
Data local do acidente: [13/10/2017]
Data local do exame: [09/07/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA- LUXAÇÃO DO 2º PDD
FERIMENTO NO PÉ ESQ.**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO, REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO COM FIO K
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 13/12/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PRESENÇA DE CICATRIZ , ARTELHO ESCURECIDO E SEM MOVIMENTO (ANQUILOSE), PRESENÇA DE CICATRIZ NO DORSO DO PÉ ESQ, SEM PERDA DE MOVIMENTOS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

PERDA COMPLETA DOS MOVIMENTOS DO SEGUNDO PDD

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

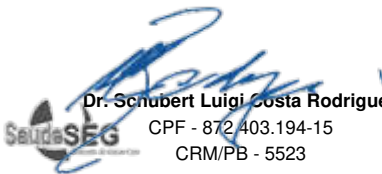
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 731/2017

Aos 15 de novembro de 2017, nesta cidade de CUITÉ-PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo LUCIANA MEDEIROS COSTA, ao final assinado, ai, por volta das 09:41 horas, compareceu CÍCERO MATIAS DA COSTA, conhecido(a) por TITO, nacionalidade BRASILEIRA, estado civil VIÚVO, ocupação habitual OPERÁRIO, grau de instrução ENISNO FUNDAMENTAL INCOMPLETO, com 48 anos de idade, nascido(a) aos 17/09/1969 em CUITÉ - PB, filho(a) de ANTÔNIO ARRUDA DA COSTA e GENIRA MATIAS DA COSTA, portador(a) de Cédula de Identidade Nº 1.273.689 - 2ª VIA, expedido pela SSP/PB e C.P.F. de Nº 603.634.364 - 72, residindo no seguinte endereço RUA MANOEL DOMINGOS, 148, JARDIM PLANALTO, cidade de CUITÉ - PB, telefone: () , celular: (83) 99830-5225, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

NO DIA 13/10/2017, POR VOLTA DAS 18H30, PILOTAVA UMA MOTO SEGUINDO O TRAJETO RUMO A PRÓPRIA RESIDÊNCIA QUANDO, EM UMA DAS TRAVESSIAS DESTA CIDADE, MAIS PRECISAMENTE PRÓXIMO A ESTA DELEGACIA, VEIO A COLIDIR COM UM VEÍCULO DE MARCA HONDA CIVIC DE COR CINZA, O QUE O FEZ TOMBAR E COM SOFRER DANOS, TANTOS DE ORDEM MATERIAL QUANTO FÍSICA. A PARTIR DISSO, ENCAMINHOU-SE A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR TAL FATO A FIM DE, JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES, REQUERER OS BENEFÍCIOS QUE POSSAM LHE VIR A SER CONCEDIDOS EM SITUAÇÕES DESSA ORDEM. Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.

Cícero Matias da Costa
CÍCERO MATIAS DA COSTA
Noticiante
Luciana Medeiros Costa
LUCIANA MEDEIROS COSTA
Responsável pelo registro

SESSÃO DE REGISTRO

26-10-2017 11:52 272729 1/1

2º SERVIÇO DE NOTAS E REGISTROS / Tabeliã: Marilene de Melo Silva
Rua João Pessoa, 33 Centro - Cuité/PB - CEP: 58.175-000 - Fone/Fax: (83) 3372-3324
AUTENTICAÇÃO - Certifico que esta cópia e reprodução fiel do original autenticando-a nos termos do Artigo 7º - V da Lei 8.935/1994.
Em Test. da verdade. CUITÉ-PB, 20/11/2017, 10:07:29, 055SLSPN3U
MARILENE DE MELO SILVA - Tabeliã
Selo Digital de Fiscalização do Tjpb (Normal C) - AGA22925-DNRZ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos: R\$ 2,31 - FEPJ: R\$ 0,46 - FAPEN: R\$ 0,27 - TOTAL: R\$ 3,16

2º Serviço de Notas e Registros
Marilene de Melo Silva
Tabeliã
Comarca de Cuité-PB

Boletim de ocorrência





GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de ocorrência



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CAMPINA GRANDE
13ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - PICUI
47º DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CUITÉ
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CUITÉ
Rua Sebastião Buriti, 107 - Centro - Cuité/PB - CEP: 58.175-000 - Fone: (83)3372-2431



OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 731/2017 - ADITAMENTO

Aos **11 de junho de 2018**, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **ELIAS JOSÉ RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, ai, por volta das **17:28** horas, compareceu **CÍCERO MATIAS DA COSTA**, conhecido(a) por **TITO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **VIÚVO**, ocupação habitual **OPERÁRIO**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **48** anos de idade, nascido(a) aos **17/09/1969** em **CUITÉ - PB**, filho(a) de **ANTÔNIO ARRUDA DA COSTA** e **GENIRA MATIAS DA COSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1.273.689 - 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **603.634.364 - 72**, residindo no seguinte endereço **RUA MANOEL DOMINGOS, 148, JARDIM PLANALTO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: () , celular: **(83) 99830-5225**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

NO DIA 13/10/2017, POR VOLTA DAS 18H30, PILOTAVA A MOTOCICLETA KASINSKI/CRZ 150 10 SM, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2011/2011, PLACA ODF 3279/CAMPINA GRANDE-PB, CHASSI 93FSMDCBMM001756, RENAVAM 0040934514-8, LICENCIADA EM NOME DE RENATO MELO FIGUEIREDO, SEGUINDO O TRAJETO RUMO A PRÓPRIA RESIDÊNCIA QUANDO, EM UMA DAS TRAVESSIAS DESTA CIDADE, MAIS PRECISAMENTE PRÓXIMO A ESTA DELEGACIA, VEIO A COLIDIR COM UM VEÍCULO DE MARCA HONDA CIVIC DE COR CINZA, O QUE O FEZ TOMBAR E SOFRER DANOS, TANTOS DE ORDEM MATERIAL QUANTO FÍSICA. QUE, FOI SOCORRIDA POR UMA DAS TESTEMUNHAS PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PICUI, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: 1) ANA CÁSSIA RODRIGUES DOS SANTOS, RG: 3.878.142 SSP/PB, CPF 105.714.474-65, RESIDENTE NA RUA MÁRIO AZEVEDO BURITI, 129 - BAIRRO ANTÔNIO MARIZ, CUITÉ/PB; 2) GISLAYNE LYSA FONSECA DANTAS, RG 3.573.054 SSP/PB, CPF 108.765.484-00, RESIDENTE NO SÍTIO CABEÇO, ZONA RURAL - CUITÉ/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

Cícero Matias da Costa
CÍCERO MATIAS DA COSTA

Noticiante

Luciana Medeiros Costa

LUCIANA MEDEIROS COSTA

Responsável pelo registro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

CÍCERO MATIAS DA COSTA

MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS COSTA

MATRÍCULA:

0708210155 2013 2 00008 083 0003634 61

Brasil Macêdo Dantas Pereira

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONJUGES

CÍCERO MATIAS DA COSTA, nascido em dezessete de setembro de um mil novecentos e sessenta e nove (17/09/1969), natural de Curitiba-PB, brasileiro. Filho de ANTONIO ARRUDA DA COSTA (FALECIDO) e GENIRA MATIAS DA COSTA.
MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS, nascida em dez de dezembro de um mil novecentos e sessenta e cinco (10/12/1965), natural de Curitiba-PB, brasileira. Filha de JOSÉ JORGE DOS SANTOS e MARIA DAS DORES BATISTA PEREIRA (FALECIDA).

Certidão de casamento



DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)
dezessete de julho de dois mil e treze

DIA

16

MES

07

ANO

2013

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (CENSO DO NOVO ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: MARIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS COSTA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

SEM OBSERVAÇÕES



NOME DO OFÍCIO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE CURITÉ

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Curitiba-PB, 16 de julho de 2013

OFICIAL REGISTRADOR

IRANI MACÊDO DANTAS PEREIRA

MUNICÍPIO

Curitiba-PB

ENDEREÇO

RUA JOÃO PESSOA, 163 CENTRO CURITÉ - CEP - 5817500

CEP - 58091062

Irani Macêdo Dantas Pereira

IRANI MACÊDO DANTAS PEREIRA

Oficial do Registro Civil

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO

370411 A

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cícero Matias da Costa, portador da carteira de identidade nº 1.273.689 e inscrito no CPF/ME sob o nº 603.634.364-72 residente e domiciliado na Rua Manoel Domingos nº 149 Cidade Puité Estado Pernambuco, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de



Cícero Matias da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Puité, PB, 20 de Novembro de 2017

Local e data

24-10-2017 11:52 272727 1/1



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ricardo Matias da Costa

CPF do Representante legal

603.634.364-12

Email

ricardomatiasda Costa@live.com

Telefone (DDD)

08.99830 5295

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.

Ponte PB, 05 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Ricardo Matias da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO MATIAS DA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000571293-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1107201805000000000023705776000000571293101250 PAGO

CICERO MATIAS DA COSTA
RUA MANOEL DOMINGOS, 149 - JO FLACIALTO
CURITE/PR CEP: 59175000 (AO 83)

energisa

Emissão: 06/12/2017 Referência: 06/12/2017

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Cidade/Sua(s) Residência(s) RESIDENCIAL MONOPOLASCOB 730, Km 25 - Qd 2 - Redenção - João Pessôa/PR - CEP 56201-680
Roteiro 2 - 106 - 76 - 1099 Nº medidor: 00000074373

CNPJ 08.055.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.624-0

Nota Fiscal de Consumo de Energia Elétrica Nº 000 105.251
Cód. para DFT Autorização: 00027441434

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Dez/2017	06/12/2017	05/01/2018	60363436472

UC (Unidade Consumidora): **5/244745-6**

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as empresas devem oferecer.
Nunca empoeire placas perto dos fios da rede elétrica e não se
recreie caso alguém esteja na rede. Evite de qualquer
maneira para empresas, com segurança, não se brinca.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/11/17	Letura 32428	Data 06/12/17	Letura 32553	1
Demonstrativo				
CCF Descrição	Quantidade	Tarifa U	Valor Base CCF	Alq
0801 Consumo em kWh	125,000	0,722350	89,85	89,85
0601 Adc. E. Vermeis			8,23	8,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 10/2017			0,00	0,00
0605 MULTA 10/2017			0,00	0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017			0,00	0,00

CCF Código de Classificação do Item TOTAL 104,88 87,08 26,21 87,08 0,79 2,81

Média (últimos meses (kWh))

106

VENCIMENTO

13/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 104,68

Histórico de Consumo (kWh)

102	104	90	100	107	108	125	91	115	92	104	124
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Out/16

RESERVADO AO FISCO

ef6d.ccc2.3d8f.b445.9066.831a.97dc.3ada.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - CCF

Indicador	Limite da ANEL	Apurado	Limite de Referência (V)
DMC ANUAL	0,00	0,00	NOMINAL 220
DMC TRIMESTRAL	0,00	0,00	NOMINAL 220
DMC ANUAL	0,00	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 232
DMC TRIMESTRAL	0,00	0,00	CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 231
DMC ANUAL	0,00	0,00	
DMC TRIMESTRAL	0,00	0,00	

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Valor de Cód. de Energia Elétrica	28,85	27,52
Consumo de Energia	21,19	20,12
Consumo de Transmissão	3,63	3,47
Consumo de Distribuição	6,65	6,35
Consumo de Serviços e Energia	39,20	37,56
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	104,68	100,00

Valor de FJSD (R\$) 10/2017 154,27

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já reinvidados, e suspensão de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vigente e não paga.

Faturas em atraso

Nov/17 122,30

55830009 LIDER PRINT 092 16-REB-2018 12:24 468747 1/1

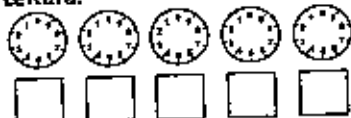
Onde pagar sua conta

Débito Automático: Bradesco / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander / Banco do Brasil / Caixa Econômica Federal
Agentes Credenciados: Tribanco / Bancoob (Sicoob) / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Santander (Correspondentes Bancários) / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa Aqui) / Banco do Brasil (Correspondentes Bancários e Banco Postal) / Brinks e Pago / BNB
Autoservidor e Internet: Bradesco / BNB / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander / Banco do Brasil / Caixa Econômica Federal

Registro de Leitura

Antes de manter contato com a Energisa para solicitação de desligamento ou informação sobre o consumo de energia, anote os números que aparecem no visor do medidor da unidade consumidora e informe a data que foi verificada a leitura.

Leitura:



Data: ____/____/____

Glossário

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.
Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.
Serviço de Transmissão: parcela destinada ao pagamento do transporte de energia das usinas até as subestações.
Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, antecedida pela Energisa e transferida para a Eletrobrás.
Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e Cofins).
DI: número de horas que o cliente ficou sem energia.
FI: número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMI: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.
DIORI: duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.
Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.
TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.
IE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.
EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA são estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 horas após a data de apresentação informada no anverso.

Fique Atento!

Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
Facilite o acesso do leiturista ao medidor e assim evite que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou em nosso site.
Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicam direito a compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.
Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
Os cartões impressos tem vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, luz solar e iluminação de lâmpadas fluorescentes.
Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes.

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)

Atendimento Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234

Ouvidoria Energisa 0800 083 8585 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento.
Atendimento à Regulação do Mercado de Energia - 0800 121 0700 (segunda a sexta das 9h às 18h)
Atendimento à Regulação do Mercado de Energia - 0800 121 0700 (segunda a sexta das 9h às 18h)

Aproveite melhor o seu tempo

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático: é mais cômodo e seguro.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RENATO MELO FIGUEIREDO
 RG nº 2622614, data de expedição 16/12/2008
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 011803294-14, com
 domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PIANISTA JAIME SEIXAS, BIRRO QUARENTA, nº 39,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CICERO MATIAS DA COSTA, cujo o condutor era
O MESMO

Veículo: MOTO
 Modelo: KASINSKI CRZ 150
 Ano: 2011
 Placa: OFD-3279
 Chassi: 93FSMDCBBB M001756
 Data do Acidente: 13/10/17
 Local e Data: CAMPINA GRANDE, 11/05/2018 (RECONHECIMENTO DE FIRMA)
 LOCAL E DATA (ACIDENTE): CUITÉ/PB 13/10/2017

7º CARTÓRIO
 CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Declarante

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

2º SERVIÇO DE NOTAS E REGISTROS Tabelião: Marilene de Melo Silva
 Rua João Pessoa, 35 centro - Cuité-PB- CEP: 58.175.000- Fone/Fax (83) 3372.2324

Reconheço supra-assinada por autenticidade a firma de CICERO MATIAS DA COSTA.
 DECLARAÇÃO DE VERDADE, CUITÉ-PB, 24/05/2018, 10:12:45, DINAMIZADA

Eu Teste Renato Melo Figueiredo da verdade, CUITÉ-PB, 24/05/2018, 10:12:45, DINAMIZADA
 MARILENE DE MELO SILVA - Tabelião
 Selo Digital de Fiscalização do tipo (Normal B) - A6Y34512-Z6T7
 Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Emolumentos: R\$ 9,48 - FEPJ: R\$ 1,90 - FARPEN: R\$ 0,28 - TOTAL: R\$ 11,66



Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Nelson Juvino do Ó, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1782 - Campina Grande - PB
 7cartorioodenotas@gmail.com

Tabelião - Valtuciana Almeida De Moraes

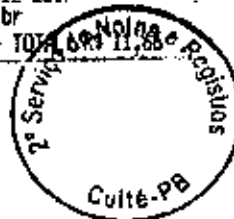
RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Renato Melo Figueiredo

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande,

Tabelião (Valtuciana Almeida de Moraes)



GOVERNO
DA PARÁ

Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Cícero Matos da Costa, portador(a) da identidade RG 123456789, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 horas, submetido(a) a 1to. cirurgia, portador da patologia CID-10 S63.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (TRINTA) dias, a partir desta data.

Pícuí, 16/10/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Carlos Cláudio Filho
Médico - Cirurgião de Jovens
CRM 12345 - RJ
C.R. 123456789

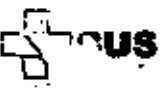
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a)
Dr. (a) _____ a registrar o
diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado
médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXADA AO FRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2757710	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Gleice Matias da Costa		90.813	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RAÇA/COR
704704756669632	17.03.69	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	Parda
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO	
Gleice Matias da Silva		DDD () Nº DO TEL.	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
P. Menezes		DDD () Nº DO TEL.	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
R. Municipal Emergentes			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
Picuí	350530	PB	58.175.000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
fratura no antebraço direito			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
necessidade de cirurgia			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx + TC			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINCIPAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
luxação interfalangeana do 5º dedo	S634		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
1º b. úmido		0408020539	
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)
		17/03/2017	Dr. Carlos
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - Nº DO BILHETE	39 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CNAE DA EMPRESA	42 - CBOE
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - 2º DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
17/03/2017			

[illegible]



GOVERNO DA PARAÍBA

FICHA DE ANESTESIA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

NOME: <u>Queenia Melo da Costa</u>	IDADE: <u>48</u>	SEXO: <u>M</u>	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Neuroma Intenbalomgeoma</u>	CATEGORIA: <u>SUS</u>	DATA: <u>16.10.17</u>	
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>Int. - curaçao</u>			
CIRURGIÃO:	AUXILIAR:	ANESTESISTA:	

AGENTES COMUNITÁRIOS

CÓDIGO	220
Anestesia X	200
Oper. Inturb T	180
Endotr Pres A	160
Distal Pulso O	140
Resp. RA	120
Assit. Resp. RE	100
Exhant. Resp. RC	80
Conte.	60
	40
	20

Pré-anestésico:

Anestesia: ☐ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outras

Técnica:

Início:

Término:

Venoclise:

Duração minutos:

AGENTES DOSES

LÍQUIDO

ML

OBS:



DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <i>Alcides Matias da Costa</i>		
Data da operação: <i>16/10/11</i>	Enf.:	Leito:
Operador: <i>Carlos Antônio</i>		1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:		Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré-operatório: <i>Luxação de ANT-INTERFALANGEANA</i> <i>DE 2º PDD</i>		
Tipo de operação: <i>Redução aberta de luxação de 2º PDD</i>		
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato:		
Acidente durante a operação:		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Presente em 80% a esquerda
- Aberto + entorse + corpo
- Incisão dorsal e dissecção
- Redução aberta a fixação de PDD
- 16 de SE
- Sutura

Dr. Carlos Cândia Filho
ORTOPEDIA-CIRURGIA DO MEMBRO
CRM-OR: 13125 - RJ 13125
CPF: 013.755.114



HOSPITAL DE BASE
DA PARAÍBA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Hospital: Hospital de Base da Paraíba "Felipe Nogueira"

Nome: Cícero Matias da Costa Idade: 48 Sexo: M

Admissão: 16/10/12 Clínica: Cirurgia Ala: Enf.: Leito:

Diagnóstico: Infecção intra-abdominal

INFECÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO: ☐ GASTRO INTESTINAL ☐ GENITAL ☐ S.N.C. ☐ FERIDA CIRÚRGICA ☐ URINÁRIA ☐ SEPTICEMIA ☐ RESPIRATÓRIA ☐ PELE / TSC ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: ☐ Biópsia ☐ Respirador ☒ Punção Venosa ☐ Catéter Venoso ☐ Diálise ☐ Punção Lombor ☐ Catéter Vesical ☐ Endoscopia ☐ Punção Abdominal ☐ Corticoterapia ☐ Flebotomia ☐ Punção Torácica ☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Hemoterapia ☐ Traqueostomia ☐ N P ☐ Nebulizador ☐ Outros

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Cirurgia realizada: Trat. cirúrgico intra-abdominal Anestesiado: sedação

Data: 16/10/12 Tempo:

☐ Limpa ☐ Urgência ☒ PP ☐ Potenc. Contaminada ☐ Emergência ☐ MP ☐ Contaminada ☐ Eletivo ☐ GP ☐ Infectada

Equipe: Cirurgião: Dr. Carlos Auxiliar:

Instrumentador: Anestesiado: 9 cirurgião

RAIO X NA SALA: ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Ceftriaxone 1g Nome:

Dose / Dia: 02 1g Dose / Dia:

Duração: Duração:

BACTERIOLOGIA

GRAM	☐ Sim ☒ Não	CULTURA	☐ Sim ☒ Não
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Outras Observações:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ A retido ☐ Inalterado

Causa:

MÉDICO ASSISTENTE

C.C.I.R.

24-10-2017 11:50 272757 1/1

ARQUIVO MEDICO

GOVERNO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
 Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
 CEP: 58187-000 - Tel: (83) 3371-2554/2990
 Picui - PB - CNPJ: 08.778.266/0001-60

Nº AIH _____
 Nº de Ordem _____
 Nº de Reg. 90.813
 Nº do Docum. M 33689

Nome: Carla Maria da Costa
 Responsável: O Hospital

Pai: _____

Mãe: Carla Maria da Costa
 Prof. Chiquinho
 Data Nasc.: 13/09/69 Idade: 48

Endereço: R. Manoel Domingos
 Nº 148
 Bairro: J. Alencar Cidade: Monte Santo Est. Civil: União

PREENCHIMENTO MEDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 16/10/17 Alta em 17/10/17
 Médico Assistente Dr. Carlos Cândido Filho
 ORTOPEDIA - CIRURGIA ORTOPÉDICA
 Arquivista _____



UF: PE

WORKS CITED

SEXO: M IDADE: 48 a

1.273.689

ESTADO CIVIL *viúvo*

Quinn, Jr.

ESTADO *PR* LIFE *PR*

CNS: 704 7047-5666 8632

DATA DE NASCIMENTO: 17/09/1969 DATA DO ATENDIMENTO: 13/10/2007

Johnston's eggs (hatched)
of procedure

future 1998

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

John Brown

RESULTS AND DISCUSSION

Quero 91

Receptionista:

1 / feroicun no zu
2
3
4 / gnuu el
5
6 / feroicun + feroicun

CARÁTER DO ATENDIMENTO

1. ELETIVO

[2- URGÊNCIA

() 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

14- ADDED: E NO TRUETO PARA O TRABALHO

1 1-OUTROS TIPOS DE LITÂGEES ENVOLVENDO

5- OUTROS TIPOS DE LESÃO ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNOSTICO

2000

CID-10:

MEDICACÃO

ENCAMINAMENTO

1-PRESCRIÇÃO

[illegible]

12-APLICADA

	INTERNAÇÃO	OUTROS HOSPITAIS
1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000
11.000	11.000	11.000
12.000	12.000	12.000
13.000	13.000	13.000
14.000	14.000	14.000
15.000	15.000	15.000
16.000	16.000	16.000
17.000	17.000	17.000
18.000	18.000	18.000
19.000	19.000	19.000
20.000	20.000	20.000
21.000	21.000	21.000
22.000	22.000	22.000
23.000	23.000	23.000
24.000	24.000	24.000
25.000	25.000	25.000
26.000	26.000	26.000
27.000	27.000	27.000
28.000	28.000	28.000
29.000	29.000	29.000
30.000	30.000	30.000
31.000	31.000	31.000
32.000	32.000	32.000
33.000	33.000	33.000
34.000	34.000	34.000
35.000	35.000	35.000
36.000	36.000	36.000
37.000	37.000	37.000
38.000	38.000	38.000
39.000	39.000	39.000
40.000	40.000	40.000
41.000	41.000	41.000
42.000	42.000	42.000
43.000	43.000	43.000
44.000	44.000	44.000
45.000	45.000	45.000
46.000	46.000	46.000
47.000	47.000	47.000
48.000	48.000	48.000
49.000	49.000	49.000
50.000	50.000	50.000
51.000	51.000	51.000
52.000	52.000	52.000
53.000	53.000	53.000
54.000	54.000	54.000
55.000	55.000	55.000
56.000	56.000	56.000
57.000	57.000	57.000
58.000	58.000	58.000
59.000	59.000	59.000
60.000	60.000	60.000
61.000	61.000	61.000
62.000	62.000	62.000
63.000	63.000	63.000
64.000	64.000	64.000
65.000	65.000	65.000
66.000	66.000	66.000
67.000	67.000	67.000
68.000	68.000	68.000
69.000	69.000	69.000
70.000	70.000	70.000
71.000	71.000	71.000
72.000	72.000	72.000
73.000	73.000	73.000
74.000	74.000	74.000
75.000	75.000	75.000
76.000	76.000	76.000
77.000	77.000	77.000
78.000	78.000	78.000
79.000	79.000	79.000
80.000	80.000	80.000
81.000	81.000	81.000
82.000	82.000	82.000
83.000	83.000	83.000
84.000	84.000	84.000
85.000	85.000	85.000
86.000	86.000	86.000
87.000	87.000	87.000
88.000	88.000	88.000
89.000	89.000	89.000
90.000	90.000	90.000
91.000	91.000	91.000
92.000	92.000	92.000
93.000	93.000	93.000
94.000	94.000	94.000
95.000	95.000	95.

1	OUTROS	1	OUTROS
1	OUTROS	1	OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO

1.	0	0	0	0	0	0	0
2.	3	0	4	0	0	0	0
3.							

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CAR. TBO.

ASS. DO PACIENTE/ ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ON REGULAR BORELITY

ASS. DO PEARLINO-REBOLTO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO-CARIMBO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



CAVALCANTI DANTAS E CIA LTDA

CNPJ: 24.499.283/0001-72 IE: 160853320

RUA VINTE E CINCO DE JANEIRO, 11, CENTRO,
CURTE-PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde. Un.	VL Unit.	VL Total
34956	G CEFALOXINA 500MG 100PS	3 UN	12,00	36,00

Qtde. total de itens

Valor total R\$

Valor a pagar R\$

FORMA PAGAMENTO

Total Pago R\$

Dinheiro

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.nfcefa.pb.gov.br/nfce?>

2517 1024 4982 8300 0172 6500 1000 0130 1210 0000 0006



**CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO**

NFC-e nº 13012 Série 1

31/10/2017 11:47:12 Via

Consumidor

Protocolo de autorização:

325170236512014

Data de autorização:

31/10/2017 11:47:43

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal

R\$4,84 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

VENDEDOR: 1 - GERAL

SERVIÇO LIDER IMPR 02

24-10-2017 11:53 272742 1/1

[illegible]

Documentos de identificacao



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elisno Matias da Costa
 DATA DO ACIDENTE 13/10/17 CPF DA VÍTIMA 603.631.364-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Elisno Matias da Costa
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Elisno Matias da Costa
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Domingos
 Nº 148 COMPLEMENTO BAIRRO Jardim Plamaltis
 CIDADE Euze UF PR CEP 58.415.000
 E-MAIL ac.0452@ceveia.com.br TELEFONE (83) 9830-5225

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCALS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/11/17
 IDENTIDADE 2273689 SSDS-PR
 ASSINATURA Elisno Matias da Costa

DATA 20/11/17 MATR. CORREIOS 8478834
 NOME José Valentes C. de Farias
 ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF/CNPJ: 603.634.364-72

CICERO MATIAS DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2017
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CICERO MATIAS DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.273.689 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 16/10/2016 E

CPF 603634360-72 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AVULSO

E RENDA MENSAL DE R\$ 280,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 57362 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0571293

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CUITÉ - PB, 20 de NOVEMBRO de 2017 Cicero Matias da Costa

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Eliseno Matias da Costa
 DATA DO ACIDENTE 13/10/17 CPF DA VÍTIMA 603.631.364-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Eliseno Matias da Costa
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Eliseno Matias da Costa
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Ramalho
 Nº 148 COMPLEMENTO BAIRRO Jardim Plamaltis
 CIDADE Euze UF PR CEP 58.415.000
 E-MAIL ac.0452@ceveia.com.br TELEFONE (83) 9830-5225

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCALS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/11/17
 IDENTIDADE 2273689 SSDS-PR
 ASSINATURA Eliseno Matias da Costa

DATA 20/11/17 MATR. CORREIOS 8478834
 NOME José Valentes C. de Farias
 ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF/CNPJ: 603.634.364-72

CICERO MATIAS DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2017
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CICERO MATIAS DA COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.273.689 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 16/10/2016 E

CPF 603634360-72 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO OUT. PEDREIRO

E RENDA MENSAL DE R\$ 280,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 57362 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0571293

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CUITÉ - PB, 20 de NOVEMBRO de 2017 Cicero Matias da Costa

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

DUT

Outros

CICERO MATIAS DA COSTA : 603.634.364-72

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

CICERO MATIAS DA COSTA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Nº Sinistro: **3170638757**
Vítima: **CICERO MATIAS DA COSTA**
Data do Acidente: **13/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170638757**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



JS931901914BR

CICERO MATIAS DA COSTA
JARDIM PLANALTO
CEP 58175-000 - CUIABÁ - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0465186/17
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/10/2017
Titular do CPF: CICERO MATIAS DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/06/2018
Nome: CICERO MATIAS DA COSTA
CPF: 603.634.364-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

CICERO MATIAS DA COSTA

Karine Gomes de Lima

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170638757 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170638757

Cidade: Cuité

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO MATIAS DA COSTA

Data do acidente: 13/10/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA- LUXAÇÃO DO 2ºPDD
FERIMENTO NO PÉ ESQ.

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ , ARTELHO ESCURECIDO E SEM MOVIMENTO (ANQUILOSE), PRESENÇA DE CICATRIZ NO DORSO DO PÉ ESQ, SEM PERDA DE MOVIMENTOS.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO COM DEFORMIDADE E PERDA COMPLETA DOS MOVIMENTOS DO 2ºPDD

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba