
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10766442

a/c: GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ

Sinistro: 3160594064 ASL-1092048/16
Vítima: JACKSON LOPES NUNES
Data Acidente: 04/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





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, Gilvanilde Santos Lopes de Jesus
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.647.962 EXPEDIDO POR SP - PB EM 07/07/2016
 CPF 072608974-02 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO avulso
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) 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 415/2012, 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 reprogravação 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 aparecem 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 Lotéricas 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);
- CEF 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 SISPDPVAT 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 informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 999-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 77644-0

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

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

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.

Japora PB de 07/06/2016 de
 LOCAL E DATA

Gilvanilde S. Lopes de Jesus
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT paga 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.677.962 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 02/07/2009

NOME GILVAREIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ

FILIAÇÃO FRANCISCO LOPES
MARIA FRANCISCA DOS SANTOS LOPES

NATURALIDADE DESTERRO-PE DATA DE NASCIMENTO 09/10/1978

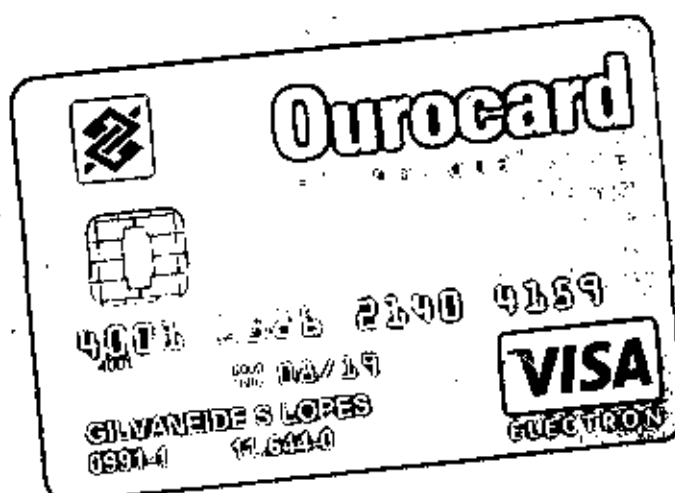
CASA N. 262 FLS. 132 LIV. B/AUX. 01

CARTORIO TAPERÓIA-PE

CPF 012.608.914-02

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 25/08/83



SEGURADORA LIDER BRUM - 086 19/09/2016 09:36 - 00000191482



C1392391

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
TAPEROÁ-PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



*edson
T*

CERTIDÃO



CERTIFICO, em razão do meu cargo, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às **Fls. 100**, a Ocorrência nº. **0185/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **quatro** dias do mês de **junho** do ano de **dois mil e DEZESSEIS**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia Municipal deste município, onde se encontrava presente o Delegado de Polícia Civil, Ariovaldo Adelino de Melo, quando por volta das **11:33** horas, compareceu o (a) Sr (ª). **GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ**, RG 2.677.962 SSP/PB, brasileira, casada, natural de Desterro/PB, com 37 anos de idade, nascida em 09/10/1978, Agricultora, filha de Francisco Lopes e de Maria Francisca dos Santos Lopes, residente no sítio Olho d'água, zona rural de Taperoá/PB, Tel: 98732-9247, **PARA EXPOR E NOTIFICAR QUE:** alega a noticiante de que seu filho menor de idade **JACKSON LOPES NUNES**, de 15 anos de idade, no dia **04/02/2016**, por volta das 16:00horas, pegou sem sua permissão sua motocicleta **HONDA/CG 125 TITAN KS**, ano 2001/2001, de cor azul, placa **KKT 0815/PB**, chassi **902JC30101R132304**, licenciada em nome de **Tranilda de Oliveira Holanda**, quando a noticiante não estava em casa; **QUE**, nesse dia o menor estava pilotando a motocicleta pelo sítio Pico, também zona rural desta cidade, quando perdeu o controle e caiu; **QUE**, na queda o menor, filho da noticiante, **JACKSON LOPES NUNES**, sofreu fraturas no tornozelo direito e clavícula direita, sendo socorrido pelo seu pai e trazido até o hospital desta cidade onde recebeu os primeiros socorros e posteriormente encaminhado para o hospital de trauma de Campina Grande/PB onde ficou internado por cerca de três dias; **QUE**, a noticiante comparece a esta Delegacia como representante legal de seu filho e apresenta ficha de atendimento ambulatorial, documentação da motocicleta e do menor e as informações necessárias. Nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Escrivão de Polícia Civil que o digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.)

Gilvaneide Santos Lopes de Queiroz
Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira
Escrivão

Taperoá, 04 de junho de 2016.

SECRETARIA LIDER DEPART - 098 19/09/2016 09:36 - 00000191473

Claudia Regina Guimarães
ESCREVENTE
CPF: 916 742 554 - 4

03.337.589/0001-06

Município (ou Comarca de) Taperoá

Cartório de Taperná

CARTEIRO DO REGISTRO CIVIL

15 de Novembro, 10

CENTRO - CEP: 58680-000

TAPER04-PB

REGISTRO CIVIL

Maria das Graças Dias de Toledo Farias.
Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO N.º 16.760

Certifico que às fls. 89 do livro nº A/17 do Registro de Nascimento foi feito hoje o nascimento de JACKSON LOPES NUNES XX

Nascido ao 11 de maio de 2001 às 4 horas e 20 minutos,
No Hospital Distrital de Taperoá Pb.

do sexo masculino filho

~~de [illegible]~~ - Visitador, residente em [illegible] Rua [illegible] nº [illegible]
e de GILVANEIDE SANTOS [illegible]

e de GILVANEIDE SANTOS LOPES, brasileira, agricultora, residente em Rua. D.º
sendo avós paternos Antonio Cicero Nunes EEF Tapera

sendo avós paternos Antonio Cicero Nunes \$\$\$
e Maria do Socorro Nunes \$\$\$

e maternos Francisco Lopes £££

a Maria Francisca dos Santos Lopes £££

Foi declarante o genitor

e serviram de Testemunhas José Israel da Silva.

Germânia Persira Levino.

OBSERVAÇÕES: Registro feito nos termos da Lei nº 9.534/97.

337.589/0001-06

O referido é verdade e dou fé

Rec'd 15 de Novembro, 10

CENTRO - CEP: 58680-000

ROCHA TAPEROA-PS.
Nº 1. 016 - Bl 50e1

Laperoá, 30 de maio de 2001.

24 de maio de 2001.

Cláudia Regina Guimarães

Cláudia Regina Guimarães

ESCREVENTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilvanildo Santos Lopes de Queiroz

RG nº 2.677.962, data de expedição 02/07/2007 Órgão SSA PD

CPF nº 019.608.914, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio São João</u>
Número	<u>511</u>
Ap.o / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Tapera</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58680-00</u>
Telefone de Contato	<u>083 786358662</u>
E-mail	<u>mariafranco@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tapera, 07/06/2016

Assinatura do Declarante: Gilvanildo S. Lopes de Queiroz

FRANCISCO LOPES
SIT OLHO D'ÁGUA, SN - ÁREA RURAL
TAPERDIA/PB CEP 58560000 (AO-B5)

Classificação: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA
Referência: Ago/2016
Emissão: 17/08/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.968.885-4780
CNPJ 08.968.885-4780 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 0001841284
Código para Emissão Automática: 0001841284

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1251394-1

Ago/2016

Canal de contato

Apresentação

17/08/2016

Data prevista da próxima leitura

18/09/2016

CPF/CNPJ RAN:

0407053400

INS-EST

Faturas em atraso

27/12/2010 10,04

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/07/16	Data 17/08/16			
Leitura 5758	Leitura 5310	1	51	30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	51	0,29272	14,87
Subsídio			0,40
PIS			0,06
COFINS			0,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			2,34
JUROS DE MORA 07/2016			0,04
MULTA 07/2016			0,37
Devolução Subsídio			-6,40

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	57
Jun/16	55
Mai/16	58
Abr/16	58
Mar/16	64
Fev/16	81
Jan/16	58
Dez/15	68
Nov/15	64
Out/15	61
Set/15	81
Ago/15	54

Média dos últimos meses
58 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	21,77	0,3728	0,08
COFINS	21,77	5,7553	0,37

VENCIMENTO
24/08/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 18,02

3587.67c1.178e.125c.20f3.b899.d468.1ad4.

Indicadores de Qualidade

6/2016 - Fatores

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO MENSAL	13,20	0,00	
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	26,34		
DIAGNÓSTICO ANUAL	52,68		
FIC MENSAL	8,00	0,00	NOBANH 220
FIC TRIMESTRAL	15,94		CONTRATADA 202
FIC ANUAL	31,88		LIMITE INFERIOR 751
DVAC	7,20	0,00	
ONCR	16,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	5,51	30,58
Compre. de Energia	7,23	40,12
Serviços de Transmissão	0,43	2,38
Escargos de Energia	1,75	9,71
Impostos de Energia	3,10	17,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	18,02	100,00

Valor de ELSD (PLA 6/2016): R\$ 6,55

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já levando em consideração a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento sob o desconto do preço da energia elétrica. Contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Subvenção DEC-7 881/13 R\$ 8,40
Selo ICMS

SEGURADORA LIDER PUNT - 098 19/09/2016 09:36 - 000000191481

HOSPITAL GERAL DE TAPERÓIA
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - DATA: 14/05/2016 15:36 - 0000019176

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 Idade: 98188 - Prontuario.: 7248
 Nome: JACKSON LOPES NUNES Cor: PARDO
 Data de Nascimento: 11/03/2001 Idade: 15a 0m SEXO: M Estado Civil:
 Residência: SITIO OLHO D'ÁGUA n°S/N
 Cidade: TAPERÓIA /PB Cep: 58680000 Bairro:
 Telefone: Celular: R.G.: 16760
 Nome do Pai: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES
 Nome da Mãe: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO
 Data: 14/05/2016 Horário: 17:07 Operador: VINICIUS
 Motivo: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
 Local: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 160638861500018

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS: PA=130 x 90 mmHg T= PESO= KG
 FC= bpm FR= ipm SPO₂= TAX °C GLICEMIA mg/dl
 DPV / / ESCALA COMA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL: Queda de moto

HISTÓRIA REGRESSA:

EXAME FÍSICO:

ALERGIAS: () NÃO () SIM QUAL? ASS. E CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Dores em tornozelo D, costela e ombro D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

EXATOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

Tenoxicam 40mg - OPA + AD	HORA:	ASS TEC:
	HORA:	ASS TEC:
	HORA:	ASS TEC:
	HORA:	ASS TEC:
	HORA:	ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

CLASSIFICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO	CID-10.:
PRESCRITA	() OBSERVAÇÃO	() RESIDÊNCIA () EVASÃO
APLICADA	() INTERNAÇÃO	() OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
	() ÓBITO	() OUTROS

EXAMES REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0301060061

Dra. Talita Carvalho

CRM-PA 10163

EXAME: DR. (A)

EXAME: 708203626168040 CBO.: 06105

Gilvanilde S. Lopes



HOSPITAL GERAL DE TAPEROA
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JACKSON LOPES NUNES
Idade: 15a 0m SEXO: M
Estado Civil: _____
Cor: PARDO
nº S/N: _____
Cep: 58680000 Bairro: _____
R.G.: 16760
Classe: SITIO OLHO D'ÁGUA
Endereço: TAPEROA
Telefone: _____
Celular: _____
Assinatura: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES
Assinatura: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 14/05/2016 Horário: 17:07
Tipo de Serviço: CONSULTA
Nº Cartão do Sus: 160638861500018
Operador: VINICIUS
Urgência: 02 - URGÊNCIA

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO: _____
Sinais Vitais: PA=130 x 90 mmHg T= _____ PESO= _____ KG
FC= _____ cpm FR= _____ lpm SPO2= _____ TAX= _____ °C GLICEMIA= _____ mg/dl
DPP= _____ ESCALA COMA DE GLASGOW= _____

Problema Principal: Queda de peso

Problema Regressa: _____

Exame Clínico: _____

Exames: () NAO () SIM QUAL? _____ ASS. E. CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

Exame e Exame Físico (SUMÁRIO)
Doença: Doença de Crohn, colite e embolia D.

Exames Realizados na Unidade: (TIPO)

Exames:

Medicamentos e Outros Recursos:

Medicamento: 40mg - GABA + ADENOSINA
ASS TEC: _____
HORA: _____
ASS TEC: _____
HORA: _____
ASS TEC: _____
HORA: _____
ASS TEC: _____
HORA: _____
ASS TEC: _____

Procedimento (Descrição)

Diagnóstico

Medicação Prescrita Aplicada

Exames Realizados: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0301060061

CID-10: _____

ENCAMINHAMENTO
() OBSERVAÇÃO
() INTERNAÇÃO
() ÓBITO

() RESIDÊNCIA () EVASÃO
() OUTRO HOSPITAL () ALTA MÉDICA
() OUTROS

Dra. Tatiana Carvalho
MÉDICA
CRM-PA 10163
CRM: _____

COPIA: (A) _____ CBO: 06105

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - 096 19/09/2016 09:36 - 00000191477

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.: 98379 Prontuario.: 7248 Profissão:
 Nome.: JACKSON LOPES NUNES Cor: PARDO
 Nasci.: 11/05/2001 Idade.: 15a 0m SEXO.: M Estado Civil:
 Endereço.: SITIO OLHO D'AGUA n°S/N Bairro.:
 Cidade.: TAPEROA U.F.: PB Cep.: 58680000
 Telefone.: Celular.: R.G.: 16760
 Mãe.: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES N°Cartão do Sus: 160638861500018
 Pai.: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.: 16/05/2016 Horário: 12:54 Operador.: VINICIUS
 Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço.: CONSULTA
 Convenio.: SUS AMBULATORIO

SINAIS VITAIS PA= X mmHg T= FC= SPO2=
 DUM DPP Horário Triagem: 12:59

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Trauma no ombro D com limitação de movimentos.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RX ombro D

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

- 1°Tilatil 01 FA + AD, EV.
- 2°Voltaren 01 FA, IM
- 3°
- 4°

Antônia Jaqueleine Andrade Silva
 REC DE ENTREGA
 COREN PB 13.701

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

Luxação?

CID-10.:

MEDICAÇÃO:

() PRESCRITA (X) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

() OBSERVAÇÃO (X) RESIDÊNCIA
 () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL
 () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0305060061
2 -	
3 -	

Horário do Atendimento Médico: 13:47

Dr. Hery Luz Augusto
 MEDICO RESPONSÁVEL

Dr. Vinicius Augusto dos Santos
 ASS. DO PACIENTE / AC. OU RESPONSÁVEL

SEGUIR PARA LIDER DEPART - 098 19/09/2016 09:36 - 00000191478

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.: 98379 Prontuario.: 7248 Profissão:
 Nome.: JACKSON LOPES NUNES Cor: PARDO
 Nas.: 11/05/2001 Idade.: 15a 0m SEXO.: M Estado Civil:
 Endereço.: SÍTIO OLHO D'ÁGUA n°S/N Bairro.:
 Cidade.: TAPEROA U.F.: PB Cep.: 58680000
 Telefone.: Celular.: R.G.: 16760
 Mãe.: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES N°Cartão do Sus: 160638861500018
 Pai.: JOSE NUNES

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.: 16/05/2016 Horário: 12:54 Operador.: VINICIUS
 Caracter.: 02 - URGÊNCIA Tipo de Serviço.: CONSULTA
 Convenio.: SUS AMBULATORIO

SINAIS VITAIS PA= X mmHg T= FC= SPO2=
 DUM DPP Horário Triagem: 12:59

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Trauma no ombro D com limitação de movimentos.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RX ombro D

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

- 1°Tilatil 01 FA + AD, EV.
- 2°Voltaren 01 FA, IM
- 3°
- 4°

Handwritten signature and stamp:
 Sessão de Atendimento
 REC. DE ENFERMAGEM
 COREIA, PB 708

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO
 Luxação?

CID-10.:

MEDICAÇÃO:

() PRESCRITA (X) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

() OBSERVAÇÃO (X) RESIDÊNCIA
 () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL
 () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0305060061
2 -	
3 -	

Horário do Atendimento Médico: 13:47

Handwritten signature and stamp:
 Dr. Nereu Lima Mouta
 MÉDICO
 COREIA, PB 708

MÉDICO RESPONSÁVEL

Handwritten signature:
 ASS. DO PACIENTE / AC. OU RESPONSÁVEL

SEBASTIÃO LIDER DEPART - 096 19/05/2016 09:36 - 00000191473

DOCUMENTO 4 *T496*



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

710.251.324-08

Nome

JACKSON LOPES NUNES

Nascimento

11/05/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

B551.A9EA.1DF0.C676

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:31:58 do dia 28/11/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SECRETARIA LIDER DEPART - 094 13/09/2016 09:36 - 0000019475

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição
012.608.914-02

Nome
GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ

Nascimento
09/10/1978



DOCUMENTO 3 *T3%*



SEALBRODA LIDER DPJAT - 036 19/09/2016 09:37 - 00000191465

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02 P-234

Carteira de Identidade

CARTERA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO 2.677.962 - 2 VIA DATA 02/07/2005

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

EXPEDICAO

02/07/2005

Nome

FRANCISCO LOPES

FILIAO

MARIA FRANCISCA DOS SANTOS LOPES

NAT/NALIDADE

DESTERRO-PE

CASAM N. 262 FLS. 132 LIV. B/AUX. 01

DATA DE NASCIMENTO

09/10/1978

CPF

012.608.914-02

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 2003

SEGURADORA LIDER DPVAT - 038 19/09/2016 09:37 - 000000191484

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder des
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1092048/16
Vítima: JACKSON LOPES NUNES
CPF: 710.251.324-08

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/02/2016
Titular do CPF: JACKSON LOPES NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DOCUMENTO 6 *T6%*



GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ : 012.608.914-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 29/09/2016
Nome: JACKSON LOPES NUNES
CPF/CNPJ: 710.251.324-08

JACKSON LOPES NUNES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JACKSON NOLAS NUNES
DATA DO ACIDENTE 04/02/2016 CPF DA VÍTIMA 710251324-08
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO GILVÂNIO SANTOS LOPES DE ALEIXANDRE
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO OLINDA D'AMORA
Nº 361 COMPLEMENTO ROSA MARA BAIRRO ARMAZEM
CIDADE TALEMAN UF PB CEP 58850-000
E-MAIL Jacksonlopesnunes@hotmail.com TELEFONE (83) 986366259

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL RECIBO AUTENTICADO
☒ 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

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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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

- 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 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-05-2016
IDENTIDADE 2677962 2510 58563
ASSINATURA Gilvanildo Santos Lopes de Aleixandre

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 08-05-16 MATR. CORREIOS 8474655-8
NOME Henrique
ASSINATURA Henrique

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JACKSON LOPES NUNES,

RG nº 4442052, data de expedição 23/08/2016, Órgão SSDS-PB,

CPF nº 310.251.324-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO OLHO D'ÁGUA</u>
Número	<u>54</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ARRIO NOVO</u>
Cidade	<u>TALHANDA, PB</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58680-000</u>
Telefone de Contato	<u>(33) 986366259</u>
E-mail	<u>JACKSONLOPESNUNES@hotmail.com.br</u>

SEGURADORA LIDER DEPUT - 096.19/09/2016 09:36 - 00000191480

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Talhandá, PB 28-09-2016

Assinatura do Declarante: Jackson Lopes Nunes

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronomotransito.com.br

REMETENTE / Remitter

GILVARENE SANTOS LOPES DE OLIVEIRA

TELEPHONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

SÍTIO OLÍMPIO OLIVEIRA, S/N - ANEXO MINAC

CEP / ZIP

52680000

CIDADE / City

TRILAVON

UF / State

PA

PAÍS / Country

RECICLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBAG
PROBAG
Tel: (081) 304-3500

