



Número: **0800284-97.2020.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE SERGIO DOS SANTOS (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31070027	28/05/2020 11:11	2720125_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

[illegible]



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>José Sérgio de Sousa</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>42a</u>	SEXO <u>M</u>	CUR <u>CLÍNICA</u>	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>10/03/16</u>	DATA DE ALTA <u>17/03/16</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Fratura dos corpos de omósteo</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS <u>Fratura da costela de omósteo</u>			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <u>Dr. de corpo de omósteo e fratura de costela</u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO
	CURADO	ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Doente de 42 anos de idade, sexo masculino, com queixa de dor e inchaço no antebraço direito, após trauma por queda de altura. Procedimento cirúrgico realizado com sucesso.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	
RETORNO	Ao posto de saúde em <u>07 dia</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>07 dia</u> em 30 dias para revisão.

DATA <u>17/03/16</u>	ASS. MÉDICA <u>[Assinatura]</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME: <u>José Sérgio do Santos</u>		PRONTUÁRIO Nº: _____			
IDADE: <u>42a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: _____	CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENF: _____	LEITO: _____
DATA DE ADMISSÃO: <u>10/03/16</u>		DATA DE ALTA: <u>27/03/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____	
DIAGNÓSTICO INICIAL: _____				CID: _____	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fratura dos corpos de osso da coxa</u>				_____	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____				_____	
PRINCIPAIS EXAMES: _____				_____	
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____				_____	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Dr. de corpo de osso da coxa e fratura de fêmur</u>				_____	
ANATOMIA PATOLÓGICA: _____				_____	
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA: _____				_____	
CONDIÇÃO DE ALTA: _____		MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/>		CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO: <u>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES</u>					
<u>Doente admitido de unidade de emergência com fratura de fêmur e dor intensa no membro inferior direito. Exame físico: fratura fechada de fêmur no terço médio. Radiografia confirmou fratura de fêmur no terço médio. Tratado com fixação cirúrgica.</u>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: _____					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: _____					
RETORNO Ao posto de saúde em <u>07 dia</u> para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do <u>07 dia</u> em 30 dias para revisão.					
DATA: <u>17/03/16</u>		ASS. Médico: <u>Dr. Suelio Moreira Torres</u> CRM _____			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) for João de Deus portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.P, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/04/16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 591, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Dr. Sergio
dos Soveros

DATA DO ATENDIMENTO: 14/10/16

☐ Nº PRONTUÁRIO: ☐ FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luiz Portela

DIAGNÓSTICO: Fratura simples de
antebraço

PROCEDIMENTO: Redução e fixação com
placa e parafusos

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.





CERTIDÃO

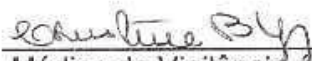
Nº. 0787/2016

Atendendo solicitação de **JOSE SERGIO DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 835379 e Prontuário Nº 2016.03.001054 pertencentes ao requerente e que foi atendido no dia 10/03/2016 às 22H59min, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/03/2016 com alta dia 17/03/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Britto Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R., AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 835379

Atd: Nao Regulac

Data: 10/03/2016

Hora: 22:59:37

Recepcionista: ADEILDO JUSTINO DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE SERGIO DOS SANTOS

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 2083563 Fone: 0

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 10/10/1974 Id: 41 ano(s)

End.: USINA SANTA HELENA, SN

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF: PB

Pai: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS

Mae: MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Ocupação: SERVENTE DE PEDREIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE SERGIO DOS SANTOS

el/Doc. Responsavel: 0 / CPF: 2083563

Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.03.001654

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd.: O2%:

Queixa Principal

Lesão com deformidade antebraço
do lado

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsão

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[x] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

Não é alérgico

Domini

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico):

Lesão do lado do antebraço
do lado do antebraço (5)

Diagnóstico

Rx antebraço (5)

Prescrição

Rx 5x1000 de Paracetamol
de 12 em 12 horas após a refeição





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: José Sérgio dos Santos Data: 10/03/14
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Sapé - PB
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente sofreu acidente de moto, apresentando
fractura no antebraço B. No momento não
disponibilizamos de Raio X,
encaminhado para avaliação do ortopedista

Medicamento Administrado

Referenciado para: Dr. José Sá Andrade
Contra referência: Dr. José Sá Andrade
Motivo: _____
Contra referência para: _____

[Assinatura]
Dra. Jurema Dantas
Médica
CRM - PB 5467





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>JOSE SERGIO SANTOS</u>				Registro: *	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>DR. PONTEIRA</u>			1º Assistente: <u>DR. LEONARDO R.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: <u>15</u> I: <u>00</u> T: <u>16:00</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O MESMO</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (E)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim					
2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA	
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA	
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS	
Incisão:	
4) INCISÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO E (VIA DE THOMPSON) +	
DISSSECÇÃO POR PLANOS	
5) INCISÃO MEDIAL DO ANTEBRAÇO E P/ ACESSO DA ULNA	
Achados:	
6) LOCALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIÁFISE DO	
RÁDIO E DA ULNA E	
Conduta:	
7) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP	
+ FIOS EM RÁDIO E	
8) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 6	
FIOS EM ULNA E	
9) CUIDADOS DA HEMISTASIA	
10) RX DE CONTROLE	
Fechamento:	
11) SUTURA POR PLANOS +	
CURATIVO	
12) TIEIRA	
OBS:	

Data:

14/04/16

Dr. Leonardo Torres
Médico
CRM - PE: 23322

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Sergio das Silva</i>		Registro: *			
Idade:	Sexo:	Côr:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>11/03/16</i>	Cirurgião: <i>Heider Kauer</i>		1º Assistente: <i>Faz Guedes</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura exposta do Antebraço</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Limpeza cirúrgica</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal
 braço abduzido C15F 0,5%

Incisão:

Assimétrica Anterolateral
 Círculo estéril

Achados:

Desbridamento
 Nova braço C15F 0,5%

Conduta:

curativa
 90% Sangramento

Fechamento:

OBS:

Não foi feita fixação para apresentar
 braço de evolução e não foi fixar
 externo

Data:

11/03/16

Dr. Heider Nóbrega
 Intensiva Traumatologia
 CRM 6511

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>José Sérgio</u>		Data de Admissão: <u>10/10/16</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F() M()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento: <u>/ /</u>	
QPD: <u>Dor do Fome e do Frio e do calor e do sono</u>			
HDA: <u>Pesado com dor e do sono e do frio e do calor e do sono</u>			
Medicações em uso: <u></u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso		Kg em [] Prurido [] Sudorese	
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia		[] Tonturas [] Outros: _____	
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaleia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe		[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise		[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____	
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas		[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume	
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria		[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____	
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades		[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos	
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade		_____	
[] Amnésia [] Libido [] Humor		_____	



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____







ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

COPE
THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

FILIAÇÃO
TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIA SÁLETE DE ATAÍDE BRANDÃO

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

19/08/1987

RG
2843598 - SSP/PB

CPF
072.139.414-02

QUADRO DE ORÇADO E TÉCNICOS
NÃO

DATA DE EXPIRAÇÃO
14/03/2012

Odor Bezerra Cavalcanti Bobrinho
ODOR BEZERRA CAVALCANTI BOBRINHO
PRESIDENTE

15885

IDENTIFICADOR

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 80181870

IDENTIFICADOR CIVIL PARA TÍTULOS E INSÍGNIA

DATA DE EMISSÃO 01/08/2011

VALIDADE 14/03/2012

THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

80181870





LACERDA SANTANA
ADVOGACIA

PROCURAÇÃO



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Rua Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-420
Fone: (33) 3263-2341 / 3263-2342
Severina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabela

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....
JOSE SERGIO DOS SANTOS.....
Em test. da verdade. Sape-PB 31/10/2018 10:42:03
Maria de Lourdes Castro Bureau - Escrevente
(2018-008716) TELA: R\$ 49,40 FIMCH: 0,20 FEP: R\$ 1,20
SELO DIGITAL: R\$ 15760-0000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

ORIO UN
Severina Lúcia M. Feliciano
Tabela Substitua
Maria de Lourdes Castro Bureau
Escrevente

Dom Renato Ribeiro Coutinho,
Tare: (33) 3263-2341/3313-2
CEP: 58013-420 - Sape-PB

OUTORGANTE:

Jose Sergio dos Santos, brasileiro, solteiro,
inscrito no RG 2.083.563 e CPF 024.339.354-74,
residente e domiciliado na P.O. Santos
Silva, 25, Area Rural, Sape-PB CEP 58013-420

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAÍRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018, DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição complementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV - PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFBEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 18 de dezembro de 2018

X José Sérgio dos Santos
OUTORGANTE

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-420

RMC



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361871/19

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

CPF: 024.339.354-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/03/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SERGIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE SERGIO DOS SANTOS : 024.339.354-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589078

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SERGIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

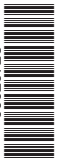
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14985104

Pag. 01449/01450 - carta_01 - INVALIDEZ

00020725





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 024.339.354-74 Nome completo da vítima: José Sergio dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÃO DO ACIDENTE - FÓRmula de RENDIMENTO MÉDICO - FÓRmula de INVALIDEZ PERMANENTE - FÓRmula de BENEFÍCIO DE MORTE - CIRCULAR SUSP. Nº 15/2012

Nome completo: José Sergio dos Santos CPF: 024.339.354-74

Profissão: Recusado Informar Endereço: Povoado Santa Helena Número: 35 Complemento:

Bairro: Zona Rural Cidade: Sapé Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: preverdenicou@leocardoportono.ig.br Tel.(DDD): (33) 3232-0304

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

ANEXAR CÓPIA DO LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) PARA FINS DE REQUERIMENTO DE INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA ORÇÃO DE RENDA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 05 CONTA: 00021183 9 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - FÓRmula de RENDIMENTO MÉDICO - FÓRmula de INVALIDEZ PERMANENTE - FÓRmula de BENEFÍCIO DE MORTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE MORTE - FÓRmula de RENDIMENTO MÉDICO - FÓRmula de INVALIDEZ PERMANENTE - FÓRmula de BENEFÍCIO DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura

2ª Nome: CPF: Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005281115221700000029821392

Número do documento: 2005281115221700000029821392





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA COMARCA DE SAPE/PB
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº685/2016

Aos DEZ (10) dias do mês de Maio do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, **Dr. FREDERICO CLAUDIO M MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h30min, compareceu **JOSE SERGIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, natural de Sape, 41 anos, nascido em 10/10/1974, filho de Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos, RG. 2.083.563/PB, soldador, alfabetizado, residente na Usina Santa Helena, tel. 9.9151.6141. NOTIFICOU QUE: no dia 10/03/16, por volta das 19:00 hs estava conduzindo sua Moto Honda CG 150 FAN ESI, ano 2012, placa OFA-6366/PB, de cor preta, chassi 9C2KC1670CR568916, em nome do noticiante, quando caiu em um buraco próximo de sua residência, que o noticiante caiu e foi encaminhado para o Hospital São Andrade através de populares e após transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira – TRAUMINHA, conforme Laudo Médico em anexo. Diante do exposto veio notificar o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE

 Feliciano da Silva SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL	<small>Rua Com. Rev. Manoel Gonçalves, 1740 - Centro, Sapé - PB Fones: (35) 3243-2344 / 3243-3163 Suares Lúcia Malheiros Fila, 100 - Sapé - PB</small>	REPÓRTER ÚNICO Delegacia de Polícia Civil Delegado de Polícia Civil: Feliciano da Silva Escrivão: Leandro Castro Gusmão
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....		
JOSE SERGIO DOS SANTOS.....		
Em test. da verdade, Sapé-PB 31/10/2016 10:42:03		
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrivente		
C2018-0009171EPL-R\$ 49,40 FAFEN-R\$ 0,28 FEPJ-R\$ 1,90		
SELO DIGITAL: AHS15761-YH42		
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.mg.br		





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 118 /2016.

Exame Requisitado: **EXAME COMPLEMENTAR/**

Autoridade Requisitante: **Del. Pol. FREDERICO CLAUDIO M. MAGALHÃES**

Local: **Sapé/PB** Data: **09/11/2016**

OBS: Encaminhar o Resultado para a Delegacia de Sapé/PB.

Senhor (a) Gerente.

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame Complementar na pessoa
de:

Nome: **JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS**

Sexo: **masculino**

Nacionalidade: **brasileiro;**

Natural de **Sapé/PB**

Nascido em: **10/10/1984**

Idade: **42 anos**

Filiação: **Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos**

Grau de Escolaridade: **alfabetizado**

Residente: **Usina Santa Helena- Sapé-PB (Tel. 991516143)**

Estado Civil: **solteiro**

Ocupação Habitual: **Soldador**

Data e hora da ocorrência: **10/03/2016, por volta das 19:00 hs**

Local onde o fato ocorreu: **Na Usina Santa Helena- Sapé-PB..**

Histórico: A Vitima sofreu um acidente de Moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:00horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da Motocicleta vindo a quebrar o braço.

MANOEL CARLOS DA SILVA NETO
Delegado de Polícia Civil

AO SENHOR
GERENTE DO GEMOL
JOÃO PESSOA - PB

RECEBIDO

Em: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Matrícula: _____





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Sr. JOSE SERGIO DOS SANTOS, Nascido em 10/10/1974, residente na Usina Santa Helena,- Zona Rural – Sapé- PB, o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 10/03/2016, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade. (Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 23 de Agosto de 2019

Atenciosamente,

Evelyn Ribeiro Gomes
Diretora Geral do H.R.S.A
Matricula 2122969

EVELYN RIBEIRO GOMES
Diretora Geral



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 030.789.999



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS
POV USINA SANTA HELENA 25
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64298-3

REFERENCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

10/09/2019

CONSUMO

240

VENCIMENTO

17/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 231,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05984.967173 6 80150000023101				
Pagador: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS CNPJ/CPF: 691.986.754-00				
POV USINA SANTA HELENA 25 - AREA RURAL - SAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005984967	000064298201909	17/09/2019	R\$ 231,01	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



LACERDA SANTANA ADVOCACIA
AV DOM PEDRO II 705
CENTRO
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento de sua fatura.

Nº do Cliente: 952/96439
Nº da Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 00.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0064-20

2ª Via de Fatura
Período de Uso

de 14/07/2019 a 13/08/2019

Vencimento

03/09/2019

Total a Pagar

R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais

Oferta Conjunta Claro MIX

R\$ 1.199,72

Claro Life Ilimitado 500MB

Claro Life Ilimitado 5GB

Aplicativos Digitais

PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB

R\$ 0,00

Pacote Mobilidade

R\$ 0,00

Pacote Social

R\$ 0,00

Interurbanas e Rec. em viagem

R\$ 24,37

Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes

R\$ 39,22

Parcelamento de Aparelho

R\$ 3,33

Descontos

R\$ -2,29

Total do Mês

R\$ 1.264,35

Total a Pagar

R\$ 1.264,35

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% + 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco:

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19
	Claro NE DDD 81 a 89			

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>
Número do documento: 20052811115221700000029821392



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago de Araujo Brandão

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.739.414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Sergio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.339.354 / 74
do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima José Sergio dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.339.354 / 74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Povoado Santa Helena</u>	Número: <u>25</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>zona rural</u>	Cidade: <u>Supe</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>peruencioso@leocidassantos.com.br</u>	CEP: <u>58340-000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 3230-0304</u>

Local e Data:

João Pessoa/PB 25/09/19

Thiago de Araujo Brandão

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

