



17/08/2020

Número: **0803067-23.2019.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **06/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                         |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO (AUTOR)                          |                    | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)<br>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                      |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                                                       |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                                             | Tipo              |
| 30892327                                                      | 22/05/2020 11:49   | <a href="#">2721545_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                          | Outros Documentos |

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é pagamento-à-vista da conta.

Bolacha para simplificar pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 026.006.580



ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R: 233, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-600  
CNPJ 09.095.162 / 0001-18 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA  
RUA PROF CLEBERTO DA SILVA FONSECA S/N  
CABEDELO

## CDL - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1211903-8

## REFERÊNCIA

FEV/2019

## APRESENTAÇÃO

12/02/2019

## CONSUMO

130

## VENCIMENTO

06/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 125,18

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE NÃO

SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA

Roteiro: 07-013-211-2940

83660000001-9 25180054000-6 12119032019-6 02200013019-9

## VENCIMENTO

06/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 125,18

## MATRÍCULA

1211903-2019-02-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2020 11:49:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052211490174800000029656747>

Número do documento: 20052211490174800000029656747

Num. 30892327 - Pág. 1

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 - SALA 05 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58058-384 (AG 1)



Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 Nº medidor: 0500007875

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
R/238 Km25 - Cinto Ribeiro - João Pessoa/PB - CEP: 58071-000  
CNPJ: 09.036.193/0001-40 - Insc. Est. 18.015.825-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 024.751  
Cód. para DDA Automático: 0001183007

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RAND               |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Jan/2019          | 21/01/2019   | 19/02/2019                       | 010.942.224-45<br>VIC. EST. |

UC (Unidade Consumidora): **6/1698358-7**

Canal de contato:  
Quer reduzir a conta de luz? Aqui há dicas e orientações. Não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

| Anterior                         |         | Atual                                                                                     |         | Constante |   | Consumo |  | Dias |  |
|----------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|---|---------|--|------|--|
| Data                             | Leitura | Data                                                                                      | Leitura |           |   |         |  |      |  |
| 19/12/18                         | 3519    | 21/01/19                                                                                  | 3738    | 1         | - | 222     |  | 33   |  |
| Demonstrativo                    |         |                                                                                           |         |           |   |         |  |      |  |
| CD Descrição                     |         | Quantidade Tarifas Valor Benefícios Avg. (R\$) Base Calc. (R\$) (Código)                  |         |           |   |         |  |      |  |
|                                  |         | Tabela Tarifas (Código) (R\$) (Código) (R\$) (Código) (R\$) (Código) (R\$) (Código) (R\$) |         |           |   |         |  |      |  |
| DE01 Consumo (kWh)               |         | 222,000 0,505010 184,17 184,17 25 46,04 184,17 1,88 0,20                                  |         |           |   |         |  |      |  |
|                                  |         | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS                                                                    |         |           |   |         |  |      |  |
| CB07 CONTRIB. SERV. LIM. PÚBLICA |         | 11,05 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00                                                     |         |           |   |         |  |      |  |

CD: Código de Classificação do tom: TOTAL 185,22 184,17 46,04 184,17 1,88 0,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
181 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)  
44 | 30 | 4 | 150 | 221 | 229 | 187 | 200 | 192 | 204 | 223 | 222  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVAÇÃO AO FISCO

85f1.69f1.dd42.d3c2.aad644b.9cc1.f932

| Indicadores de Qualidade |       |      |                 | Limites de Tensão   |                     |
|--------------------------|-------|------|-----------------|---------------------|---------------------|
| da ANEEL                 |       |      |                 | Limite Inferior (V) | Limite Superior (V) |
| QC MEDIAL                | 5,19  | 0,00 | NOMINAL         | 220                 |                     |
| QC TRIMESTRAL            | 10,36 |      |                 |                     |                     |
| QC ANUAL                 | 20,72 |      |                 |                     |                     |
| FC MEDIAL                | 3,25  | 0,00 | CONTRATADA      | 202                 |                     |
| FC TRIMESTRAL            | 6,47  |      | LIMITE INFERIOR |                     |                     |
| FC ANUAL                 | 12,95 |      | LIMITE SUPERIOR | 221                 |                     |
| DMC                      | 2,94  | 0,00 |                 |                     |                     |
| DCR                      | 12,22 |      |                 |                     |                     |

| Discriminação                   | Valor (R\$)   | %             |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Contratado Dist. de Energia PB  | 46,04         | 23,58         |
| Contribuição Energia            | 94,34         | 48,28         |
| Contribuição Transmissão        | 7,01          | 3,59          |
| Contribuição Distribuição       | 10,85         | 5,56          |
| Impostos Distribuição e Energia | 88,29         | 44,99         |
| Outros Serviços                 | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                    | <b>195,22</b> | <b>100,00</b> |

Valor de FVCC (Ref. 11/2014): R\$ 0,51

ATENÇÃO

Fatura em atraso

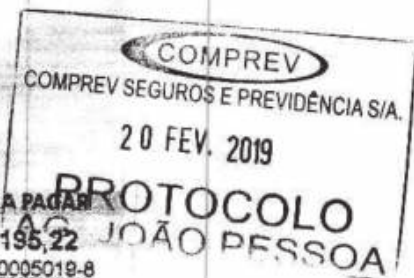
- Leitura confirmada

PARAIBA

Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450  
Medição: 1698358-2019-01-1

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
**28/01/2019** **R\$ 195,22**

836900000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455 536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joniano Euclides da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.550.694 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Lavagem da Vítima Joniano Euclides da Conceição

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.550.694 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|                                   |                            |                    |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Endereço: <u>Rua Ugento Firca</u> | Número: <u>157</u>         | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>hangabeita</u>         | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u>  |
| E-mail: _____                     | CEP: <u>58 050 - 384</u>   | Tel.(DDD): _____   |

Local e Data: João Pessoa PB 20/02/2019

Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2020 11:49:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052211490174800000029656747>

Número do documento: 20052211490174800000029656747

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone Cristina dos S. Souza,  
RG nº 2.500.302, data de expedição 25/05/2017  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 047.511.184-20, com  
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: Cleberto da Silva Fanduca, nº 303,  
complemento Port. 4º Batalhão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Leonor Euclides, cujo o condutor era  
Leonor Euclides da Conceição  
Veículo: Hato  
Modelo: CG 150 Start  
Ano: 2016  
Placa: OEY 8102/PB  
Chassi: 9C2KC1670FR557972 15-06-2017  
Data do Acidente:  
Local e Data: BR 230 Proximo do Posto SATT.

Figueirô Dornelas  
Br. 2018

Simone Cristina dos S. Souza  
Assinatura do Declarante

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



Figueirô Dornelas Serviço Notarial e Registro  
1º Office de Notas e Privacidade de Registro Imobiliário  
Rua Juarez Pimenta, 55 - Comércio - 53170-000 - Cabedelo - PB  
Fone (35) 3228-1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de  
SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 16/11/2018 14:28:08  
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto  
[2018-011736]EPROL:R\$ 19,48 FAFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHT17702-62NN  
Confira a autenticidade em <https://smodigital.fpb.jus.br>

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

20 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO  
DADOS DE NASCIMENTO 13/03/80  
NOME DA MÃE LUIZA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.006.510  
Nº PRONTUARIO  
DATA DO ATENDIMENTO 10/06/17  
HORA DO ATENDIMENTO 18:03  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) CONUTUSÃO DO OMBRO E + FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO E  
CID 10 S 40.0 + S 52.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando queixa de dor em ombro E e cotovelo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP  
RX do cotovelo E - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior (cabeça) do rádio E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

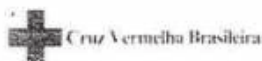
ALTA HOSPITALAR: 10/06/17  
DATA DA EMISSÃO: 22/01/19

COMPREV  
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PE

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1006510



|                                                                                                              |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|--------|----------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                             |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| ID<br>1179476                                                                                                | Nome<br>JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO             | Sexo<br>Masculino                                                          |                                         |           |        |                      |
| Data de nascimento<br>13/03/1980                                                                             | Idade<br>37 anos 2 meses 28 dias                 | Estado civil                                                               | Religião                                |           |        |                      |
| Mãe<br>LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO                                                                             |                                                  | Pai<br>NAO DECLARADO                                                       |                                         |           |        |                      |
| Escolaridade                                                                                                 |                                                  | Responsável (Parentesco)<br>JACKSON FELIPE DOS SANTOS SOUZA - ACOMPANHANTE |                                         |           |        |                      |
| DDD Móvel<br>83                                                                                              | Fone Móvel<br>987889505                          | DDD Fixo                                                                   | Fone Fixo                               |           |        |                      |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                            | Número documento<br>2414281                      | Nº Cns                                                                     |                                         |           |        |                      |
| Local de procedência<br>CABEDELO                                                                             | Tipo<br>MUNICIPIO                                | UF<br>PB                                                                   |                                         |           |        |                      |
| Email                                                                                                        | Naturalidade<br>LUCENA                           | CBO/R                                                                      |                                         |           |        |                      |
| <b>Endereço</b>                                                                                              |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| CEP<br>58310000                                                                                              | Município de residência<br>CABEDELO              | UF<br>PB                                                                   | Logradouro<br>CLEBERTO DA SILVA FONSECA |           |        |                      |
| Número<br>303                                                                                                | Complemento                                      | Bairro<br>CAMBOINHA II                                                     |                                         |           |        |                      |
| <b>Admissão</b>                                                                                              |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Data e Hora<br>10/06/2017 18:03:02                                                                           | Número da pulseira<br>1000006210105              | Convênio<br>SUS                                                            |                                         |           |        |                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                              | Clínica                                          |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Classificação de risco                                                                                       | Origem do paciente<br>RUA                        |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Caráter de atendimento                                                                                       | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS                                      |                                         |           |        |                      |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                              |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Caso policial<br>Não                                                                                         | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não                                                  | Trauma<br>Não                           |           |        |                      |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                                                                    | Quem transportou                                 |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                         |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| PA<br>120 x 70 mmHg                                                                                          | Pulso                                            | Temperatura                                                                |                                         |           |        |                      |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                 |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Raio X []                                                                                                    | Sangue []                                        | Urina []                                                                   | TC []                                   | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia []   |
| Dados clínicos<br>Paciente vítima de queda de moto<br>consciente, orientado, eupórico,<br>encaminhado ao EDI |                                                  |                                                                            |                                         |           |        |                      |
| Diagnóstico                                                                                                  |                                                  |                                                                            |                                         |           |        | CID<br>S80.0         |
| Atendido por<br>MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA                                                               |                                                  |                                                                            |                                         |           |        | Tempo<br>01min 08seg |

Imprimir

10/06/2017 18:00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2020 11:49:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052211490174800000029656747

Número do documento: 20052211490174800000029656747

Num. 30892327 - Pág. 6



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                              |            |                   |       |           |         |                     |                     |
|------------------------------|------------|-------------------|-------|-----------|---------|---------------------|---------------------|
| Nome                         | Data de    |                   | Idade | Sexo      | Nº      | Nº                  | Data Prescrição     |
| JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO | 13/03/1980 |                   | 37    | MASCULINO | 1006510 |                     | 10/06/2017 18:15:03 |
| Motivo do Atendimento        | Setor      | Posto de Trabalho |       | Leito     |         | Prescrição válida a |                     |
| ACIDENTE DE MOTOCICLETA      |            |                   |       |           |         | 10/06/2017 18:15:03 |                     |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

| Nome do medicamento                  | Dose | U.M. | VL | Via de            | Veloc. Inf. | Posologia | Orientação de Uso | Aprazamento |
|--------------------------------------|------|------|----|-------------------|-------------|-----------|-------------------|-------------|
| 1 CETOPROFENO 100 MG                 | 1.0  | MG   |    | E.V.              |             | AGORA     |                   | 18:15       |
| 2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA) | 1.0  | UI   |    | INTRAMUSCUL<br>AR |             | AGORA     |                   | Fe          |
| 3 PARECER ORTO                       | 0.0  |      |    |                   |             |           |                   |             |

10 de Junho de 2017

RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS  
CRM: 8572

Assinatura e Carimbo do Profissional







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                      |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO</b>       | BAE<br><b>1006510</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>10/06/2017 18:03:02</b>      | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>13/03/1980</b>               | Idade<br><b>37</b>                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 987889505</b> |
| Mãe<br><b>LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO</b>               |                                          | CNS                                                  | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>CLEBERTO DA SILVA FONSECA, 303</b>     | Bairro<br><b>CAMBOINHA II</b>            | Município<br><b>CABEDELO</b>                         | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b>                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS</b> | Nº Cons. Regional<br><b>8572/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>10/06/2017 18:03:02</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>10/06/2017 18:15:03</b>   |                                              |

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO SEGUE AO MOMENTO ORIENTADO COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS

*Alta da Gurgis Gref*

## MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

## CID10

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

## Conduta

Em observação

RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS  
(8572/PB)

JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO



# Ortopedia #

Reuni a sua de forma oportuna com  
seu cotovelo (E) e ombro (E)

Na Ombro não tem de fazer esse tipo  
de exame (E) e ombro com exame?

Cl: Prot. Ombro e ombro 5/10/10

Cl: Ortopedia  
Análise  
Medicina 1500

Dr. Brálio Kellner  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/RS 7624



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.900

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Josias Euclides da Conceição*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 411701 DATA DE EMISSÃO 08 ABR. 1997

NOME JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO Luiza Josefa da Conceição

Lucena-PB. 13-03-1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 001. fls. 001, liv. A-01

DOC ORIGEM

Cart. Fagundes-PB.

CPF

TO VACINADO

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

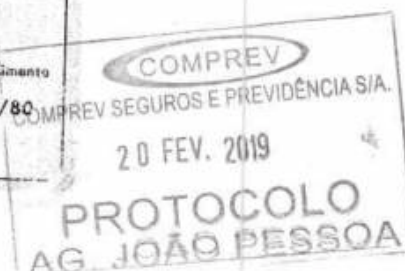
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO

Nº de Inscrição  
011550694-20

Data do Nascimento  
13/03/80

BARCODE





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

NOME  
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CÔD. ZIPÓDIO Nº  
1054562 SSP PB

CNPJ / DATA NASCIMENTO  
455.536.024-91 02/04/1967

FUNÇÃO  
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO REC. CALAGEM  
AB

Nº PROVEDOR 00724153182 VALIDEZ 10/11/2019 1ª HABILITAÇÃO 06/04/1989

COEFICIENTE  
A 7

ASSINATURA DO PROVEDOR

NOME  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR 60378988469  
PB025545609

DETRAN - PB (PARATIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1009001575

PROVIDO PLASTIFICAR  
1009001575

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190157073 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO  
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO SEM DESVIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190157073 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO  
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO SEM DESVIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062851/19

**Vítima:** JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

**CPF:** 011.550.694-20

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 10/06/2017

**Titular do CPF:** JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO : 011.550.694-20

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](http://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: 20/02/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157073

Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

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 13998069

Pag. 01221/01222 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157073

Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta\_04 - INVALIDEZ

00040081



Carta nº 14017558





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: Toriano Euclides Conceição

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 012**

Nome completo: Toriano Euclides Conceição CPF: 58.101.205

Profissão: Engenheiro de Segurança Endereço: Rua Cleberito da Silva Rouseff, 50 Número: 50 Complemento: SU

Bairro: Canoinha Cidade: Cabedelo Estado: PB CEP: 58.101.205 Tel. (DDD): 35

E-mail:

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0039

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 41205

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 consequências decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data: João Pessoa 20/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Toriano Euclides Conceição  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

20 FEV. 2019

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Assinatura

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 na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e ass.

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

FPS.001 V001/2018







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01806.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01806.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 14 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Josias Euclides da Conceição**, CPF nº 011.550.694-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Luiza Josefa da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 13/03/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prof. Cleberto da Silva Fonseca, Nº 303, complemento II, bairro Cambinho, tendo como ponto de referência Proximo Ao Batalhão da Pm, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98767-2664.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Ao Posto Seta, Cabedelo/PB, bairro Poço; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 10/06/17 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 10/06/2017, por volta das 15h40min, foi vítima de acidente de motocicleta, vinha sentido João Pessoa/Cabedelo, e ao chegar nas proximidades do posto Seta, um veículo Fiat Uno, (não sabe placa nem o nome do condutor), o motorista do mesmo trancou a moto HONDA START 150CC, ANO/MOD 2015-2015, PLACA OEY8102/PB, CHASSI 9C2K1670FR557972, REGISTRADA NO DETRAN/PB, em nome de sua esposa a senhora Simone Cristina dos Santos Souza, RG.047.511.104-20, fazendo com que colidir-se na lateral do veículo Fiat, capotando a moto, caindo na Br, foi socorrido para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, lá chegando por volta das 18h03minutos, foi submetido a raio X e avaliado com Contusão do ombro esquerdo e fratura da extremidade superior do radio esquerdo, não foi encaminhado para cirurgia, e teve alta médica no dia 10/06/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 14 de fevereiro de 2019.

JOSE INACIO DA SILVA NETO  
Agente de Investigação  
2ª DSPC

JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO  
Noticiante





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Jonian Engelen Convecção

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP

Nome completo:

Jonian Engelen Convecção

CPF:

Profissão:

---

Endereço:

R. Prof. Cleberto da Silva Roussea

Número:

51

Compl:

---

Bairro:

Canoinha

Cidade:

Cabedelo

Estado:

PB

CEP:

58.101.205

Tel. (DDD):

E-mail:

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

#### RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0039

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 41205

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 consequências decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 por esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data:

João Pessoa 20/02/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

20 FEV. 2019

Assinatura

2ª Nome:

PROTECOLO

AG. JOAO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

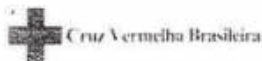
Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1006510



|                                                                                                                 |                                                                            |                                       |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                |                                                                            |                                       |                                         |
| ID<br>1179476                                                                                                   | Nome<br>JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO                                       | Sexo<br>Masculino                     |                                         |
| Data de nascimento<br>13/03/1980                                                                                | Idade<br>37 anos 2 meses 28 dias                                           | Estado civil                          | Religião                                |
| Mãe<br>LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO                                                                                | Pai<br>NAO DECLARADO                                                       | Prontuário                            |                                         |
| Escolaridade                                                                                                    | Responsável (Parentesco)<br>JACKSON FELIPE DOS SANTOS SOUZA - ACOMPANHANTE |                                       |                                         |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                 | Fone Móvel<br>987889505                                                    | DDD Fixo                              | Fone Fixo                               |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                               | Número documento<br>2414281                                                | Nº Cns                                |                                         |
| Local de procedência<br>CABEDELO                                                                                | Tipo<br>MUNICIPIO                                                          | UF<br>PB                              |                                         |
| Email                                                                                                           | Naturalidade<br>LUCENA                                                     | CBO/R                                 |                                         |
| <b>Endereço</b>                                                                                                 |                                                                            |                                       |                                         |
| CEP<br>58310000                                                                                                 | Município de residência<br>CABEDELO                                        | UF<br>PB                              | Logradouro<br>CLEBERTO DA SILVA FONSECA |
| Número<br>303                                                                                                   | Complemento                                                                | Bairro<br>CAMBOINHA II                |                                         |
| <b>Admissão</b>                                                                                                 |                                                                            |                                       |                                         |
| Data e Hora<br>10/06/2017 18:03:02                                                                              | Número da pulseira<br>1000006210105                                        | Convênio<br>SUS                       |                                         |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                 | Clinica                                                                    |                                       |                                         |
| Classificação de risco                                                                                          | Origem do paciente<br>RUA                                                  |                                       |                                         |
| Caráter de atendimento                                                                                          | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                           | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |                                         |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                                 |                                                                            |                                       |                                         |
| Caso policial<br>Não                                                                                            | Plano de saúde<br>Não                                                      | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                           |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS                                                                       | Quem transportou                                                           |                                       |                                         |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                            |                                                                            |                                       |                                         |
| PA<br>130 x 70 mmHg                                                                                             | Pulso                                                                      | Temperatura                           |                                         |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                    |                                                                            |                                       |                                         |
| Raio X []                                                                                                       | Sangue []                                                                  | Urina []                              | TC []                                   |
| Liquor []                                                                                                       | ECG []                                                                     | Ultrasonografia []                    |                                         |
| Dados clínicos<br>Paciente vítima de queda de moto<br>concomitante, orientado, eupórico,<br>encaminhado ao EDI. |                                                                            |                                       |                                         |
| Diagnóstico                                                                                                     |                                                                            | CID                                   |                                         |
| Atendido por<br>MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA                                                                  |                                                                            | Tempo<br>01min 08seg                  |                                         |

Imprimir

10/06/2017 18:00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2020 11:49:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052211490174800000029656747

Número do documento: 20052211490174800000029656747

Num. 30892327 - Pág. 20