



Número: **0802294-76.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 21.057,02**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA (AUTOR)	TASSIO PEREIRA LEITE (ADVOGADO) RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO) EDWARD DE CARVALHO ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32079 429	06/07/2020 12:36	<a href="#">2731181_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

## PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 039/2019

Nome: Dr. Ricardo Claudio da Costa  
Sexo: mas Naturalidade: João Pessoa  
Data de Nascimento: 23, 02, 68  
Endereço: St. Hilário, Guarabira, PB  
Fone: 0601.1932 Documento: 29.2802.541  
Responsável: Walter Claudio da Costa (mar)  
Endereço: Manuel Elias da Costa, Pó  
Fone: 031.645.083.584.20

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto: 005 Leito: \_\_\_\_\_  
Categoria: ambulatorial ☒ 1 ☒ 2 A.I.H.N.  
Data da Entrada: 22, 02, 2019 Hora da Entrada: 15:30

Recepcionista

Médico Plantonista

CRM: 14018

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica  
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do  
tratamento em regime ambulatorial.

Data: 23.02.2019

Temístocles de A. R. Silva  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM: 14018  
MÉDICO - CRM

Scanned by CamScanner



Queixa Principal:

Dor em punho

Histórico da Doença Atual:

Dor intensa de início (abrupto)  
de caráter súbito - 12) quando do  
alçar + edema em punho

### EXAME FÍSICO:

P.A. \_\_\_\_\_ TPR. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_

Mucosas: \_\_\_\_\_ Est. Geral: \_\_\_\_\_ Faces: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

Rx. dislocação de punho

C.I.D. \_\_\_\_\_

Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo:

D. punho

C.I.D. \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

C.I.D. \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado:

Rx. cirúrgica (redução + fixação com

Observações:

pinos intra-articulares + placa  
4,5mm estria de metalização)

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado,

plena e exclusiva dos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistem para  
promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que  
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se comprometem a submeter-se a todas as disposições gerais  
contidas no Regulamento do Hospital.

22/07/2020 15

Suelio Moreira Torres

Scanned by CamScanner



# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

## FOLHA DE ANESTESIA

**Nome:** Leandro Augusto da Costa **DATA:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ☐ CAS. ☐ VIU. ☐ DESQ. ☐ **Sexo:** ☐ MASC. ☐ FEM. ☐ **Cor:** ☐ BR. ☐ PO. ☐ PR. **Profissão:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Categoria:** \_\_\_\_\_

**C.P.** \_\_\_\_\_ **INS.** \_\_\_\_\_ **Matrícula:** \_\_\_\_\_

**Procedimento:** IMF. DOS OSSOS DA PERNA

**Realizada por:** IMF. CIRURG.

**Local:** Q. 710 **Aldeia:** \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL	
PESO	PULSO
TEMPERATURA	RESPIRAÇÃO
ESTADO GERAL	
RISCO CIRÚRGICO	
GRUPO SANGÜÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES	

**ANESTESIA:** RAQUA LL

**TERMINO:** 20 h **DURAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**MATERIAL GASTO COM O ATO ANESTÉSICO:**

2.500

2.500

1.000

01/02/2020

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner





**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS  
DE GUARABIRA**  
COMISSÃO DE CONT. DE INFEÇ. HOSPITALAR

**CONTROLE DE INFECÇÃO**

PACIENTE: para Acute & claudicância 039/18  
 SEXO: M ENF. LEITO: 12.02.17 DATA DE ADMISSÃO: 23.02.17 DATA DA ALTA: 23.02.17

RES. PRINCIPAL: fratura de fêmur  
 LOCAL: clínica DATA: 23.02.17 TEMPO: 3

INDICADORES  
 INICIALMENTE CONTAMINADA ☐ PEQUENA ☐ ELEITA ☐ ANTIBIÓTICO PROFIÁTICO  
☐ MÉDIA ☐ URGÊNCIA ☐ ANTIBIÓTICO CURATIVO  
☐ GRANDE ☐ EMERGÊNCIA ☐

SERVIÇO: Ortopedia  
 ANESTESIA: raquidural  
☐ sim ☐ não ☐ técnico

DIAGNÓSTICO  
☐ CLÍNICA CRÔNICA ☐ CLÍNICA PEDIÁTRICA ☐  
☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA ☐ UTI ☐  
☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ DIC ☐

INFECÇÃO  
 SÍTIO CLÍNICO ☐ GASTROINTESTINAL ☐ SEPTICEMIA ☐ INTRA-ARTROSCÓPICA  
☐ URINÁRIA ☐ ORCA ☐ OUTRAS  
☐ GÊNITO ☐ SISTEMA VASCULAR

INTERVENÇÃO  
☐ CATETER VASCULAR ☐ CATETER ARTERIAL ☐ ANTI-RESPLACA  
☐ TRACHEOSTOMIA ☐ TORACOCENTESE ☐ CISTOSCOPIA  
☐ DILAT. PERITONEAL ☐ HEMODIÁLISE  
☐ TRANSPLANTE ☐ ALIM. PARENTERAL PROLONGADA  
 TEMPO ÚTIL:

PROLOGA ☐ SIM ☐ NÃO CULTURA ☐ SIM ☐ NÃO

INICIAL COLUDO	DATA	RELAÇÃO	ANTENOGRAFIA

ANÁLISE DE RISCO	DATA	DATA	ANÁLISE DE RISCO DE ANTIBIÓTICO

Scanned by CamScanner

# ESTADO DA PARAÍBA

## PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Paciente: 01/11/2019 Enfermeira: B  
69 Localização: C

### PRINCIPAIS DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

	DATA
ansiedade espiritual	21.11.2019
autoconhecimento prejudicado	
autoconhecimento	
autoconhecimento de aspiração	
autoconhecimento de autocuidado alimentação	
autoconhecimento	
autoconhecimento	
autoconhecimento situacional	
autoconhecimento verbal prejudicado	
autoconhecimento cardíaco diminuído	
autoconhecimento prejudicado	
autoconhecimento	
autoconhecimento urinária prejudicado	
autoconhecimento prejudicado	
autoconhecimento	
autoconhecimento	
autoconhecimento de infecção	
autoconhecimento infeliz	
autoconhecimento física prejudicado	
autoconhecimento e/ou vômito	
autoconhecimento	
autoconhecimento prejudicado	
autoconhecimento respiratório eneficaz	
autoconhecimento e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos.	
autoconhecimento de líquido deficiente	
autoconhecimento de desequilíbrio de volume de líquido	
autoconhecimento excessivo de líquido	
autoconhecimento	

Assinatura:

Assinatura da enfermagem:

Scanned by CamScanner



**SETOR:**

**LETO:**

Num. 32079429 - Pág. 6



Estado da Paraíba  
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa  
Enfermeira: apart Leitor: \_\_\_\_\_  
Data: 22/02/19

A Tipo de Dieta: \_\_\_\_\_ Aceitando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Pouco  
Paciente em Ventrículas? (x) Sim ( ) Não ( ) Função Periférica ( ) Subclávia ( ) Dissociação Venosa  
Estado Geral do Paciente: (x) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Outros  
Sinais Vitais: PA: \_\_\_\_\_ Tem: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Paciente faz uso de: ( ) S.F.V. ( ) Sim (x) Não Irrigação ( ) Sim ( ) Não  
( ) Supra Pública - Diurese \_\_\_\_\_ ml  
( ) Sonda Nasogástrica - ( ) Aberta ( ) Fechada Debito da S.N.G. \_\_\_\_\_ ml  
Realizando curativo? (x) Sim ( ) Não ( ) Limpo ( ) Com secreção  
OBS: \_\_\_\_\_  
Paciente recebeu medicação (x) Sim ( ) Não ( ) Faltou medicação  
Justificativa: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a  
uma cirurgia, segue consciente e orientado, bi administrando  
med. q. analgésico e medicament.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyen re Turno: dia

Estado da Paraíba  
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa  
Enfermeira: apart Leitor: \_\_\_\_\_  
Data: 22/02/19

Tipo de Dieta: \_\_\_\_\_ Aceitando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Pouco  
Paciente em Ventrículas? (x) Sim ( ) Não Função Periférica ( ) Subclávia ( ) Dissociação Venosa  
Estado Geral do Paciente: (x) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Outros  
Sinais Vitais: PA: \_\_\_\_\_ Tem: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Paciente faz uso de: ( ) S.F.V. ( ) Sim (x) Não Irrigação ( ) Sim ( ) Não  
( ) Supra Pública - Diurese \_\_\_\_\_ ml  
( ) Sonda Nasogástrica - ( ) Aberta ( ) Fechada Debito da S.N.G. \_\_\_\_\_ ml  
Realizando curativo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Limpo ( ) Com secreção  
OBS: \_\_\_\_\_  
Paciente recebeu medicação (x) Sim ( ) Não ( ) Faltou medicação  
Justificativa: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a  
uma cirurgia, segue consciente e orientado, bi administrando  
med. q. analgésico e medicament.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyen re Turno: noite

Scanned by CamScanner





# CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Dr. Renato de Jesus Categ: OB  
 Condição do Parto: Normal Início: 10h Term: 12h  
 Médico: Dr. J. S. G. Auxiliar: Dr. A. S.  
 Anestesiista: Dr. M. S. Tipo de Anestesia: Local  
 Tipo de Cirurgia: Parto Normal  
 Data: 12/02/16 Observação: N

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples n°	<u>2</u>	Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	<u>100</u>	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	<u>50</u>	Ringer Lactado
	Catgut Cromado n°		Androneoplasma
<u>52</u>	Catgut Cromado n° <u>2</u>		Manitol
	Catgut Cromado n°		Alloferina
<u>52</u>	Mononylon n° <u>2</u>		Etrane
	Mononylon n°		Pentane
	Mononylon n°		Fluotane
	Fios de algodão		thionembul
<u>55</u>	Scalpe	<u>5</u>	Marcaína
	Equipo p/ Soro		quelicin
	Equipo p/ Transfusão		Inoval
<u>55</u>	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fontanil
	Drenos		Methergin amp.
<u>55</u>	Gases		Xilocalina 5%
	Lâminas de Bisturi		Xilocalina 2%
<u>55</u>	Espadrapo		Atropina amp.
	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
<u>55</u>	Povid. Degermante		Prostignina amp.
	Lacto-gim		Optacilin amp.

Responsável: Dr. J. S. G.

Scanned by CamScanner



Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº Prontuário	
Paciente	
Nome	
Operação	
Enf.	
Leito	
1º Auxiliar	
3º Auxiliar	
Instrumentador	
Tipo de Anestesia	
Estado Pré-Operatório	
Estado Pós-Operatório	
Exame de Patologista	
Exame Radiológico no Ato	
Exame Radiológico no Ato	
Exame Radiológico a Operação	

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

**Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras**

Pl. in VOH + argus + antiseptis

Compan exterior

... em região anteroventral do p...

Produkt, der fragwürdig ist

Exercice 4, recherche interférentielle

trabalho de pesquisa e produção

Erhöhen per Planer

Curve fits

IX. Control

Dr. Johannes de Waele, Hout- & Papier-Fabrik  
Oudekerke 1, Rotterdam  
Tél.: 2618. C.F. 121, 122, 123-4-5

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRIS



PACIENTE: Suelio Moreira Torres ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

IDADE: 45

MÉDICO: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS

Data / Hora

27/07

Suelio

Suelio Moreira Torres





# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A) \_\_\_\_\_

SAE

Nome: João Manoel Pereira  
 Leito N°: 10  
 Número do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Idade: 65 Sexo: ( ) M ( ) F  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ MMC: \_\_\_\_\_

SSV

Pulso: 60 bpm P.A.: 120/80 mmHg FR: \_\_\_\_\_ IRPM  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C  
 Antecedentes: ( ) Hip ( ) DM ( ) Infarto ( ) Tabagismo ( ) Alcoolismo Outros \_\_\_\_\_  
 Doença Atual \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO DIETA

Aceitou ( ) Não aceitou ( ) Aceitou parcialmente ( ) Amamenta ( )  
 SNG: \_\_\_\_\_ SNE: \_\_\_\_\_

## ELIMINAÇÕES

Vesicais: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) com traços de sangue  
 SVD: \_\_\_\_\_  
 SVA: \_\_\_\_\_

## REPOUSO

( ) Isônia ( ) dificuldade de conciliar/ manter sono ( ) Sono preservado  
 Obs: \_\_\_\_\_

## ACESSO

( ) Scaip data: 12/08/19

## CONDIÇÃO DE PULSAÇÃO

## AValiação da dor em escala

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Local da dor: \_\_\_\_\_



### CONDUTA TERAPÊUTICA

*Outro am na*  
*em*

### PROCEDIMENTOS:

( ) Medicação ( ) Curativo ( ) Sondagem ( ) Nebulização ( ) Outros

### PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1. *SSU 12 /*
2. *...*
3. *...*

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

*FCR...*  
*...*  
*...*  
*...*

Responsável

Data *30/1*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.802.541 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2018

NOME JOSÉ RICARDO CLAUDIO DA COSTA

PLAÇÃO MANOEL ELIAS DA COSTA  
DALVA CLAUDIO DA COSTA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/02/1968

DCC 09888

CERT. CAS. Nº1381 - LIV.B.3 - FLS.181 - CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF 645.083.584-20

Assinatura do Cartório L26211110 de 20/08/83

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262

*José Ricardo L. da Costa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





Número do Prontuário.: 6245

DATA: 12/02/2019

HORA: 20:14:39

Número do Atendimento.: 1757979

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE RICARDO  
CLAUDIO DA COSTA

CEP: 58200000

Nascimento: 23/02/1968

Endereço: SÍTIO AREIA BRANCA

Número: 0

Bairro: ZONA RURAL

cidade: Guarabira

Idade: 050

Telefone: 96011933

Nome da Mãe: DALVA CLAUDIO  
DA COSTA

Sexo: M

Profissão:

CPF: 64508358420

CNS: 706300178063380

Responsável: ILMA CLAUDIA DA  
COSTA

CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Casado(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: ACIDENTE DE  
MOTO

CONFERE  
COM O ORIGINAL  
08/03/19  
Fonate d. h. jt  
CENTRO DE ATENDIMENTO  
COORDENADOR ARQUIVO  
MOTOCICLISTA - HRG

PC Kuz. clon  
velo  
1600 e P  
gull  
Transmissão  
J.P.P.

PA: [ ] x mmHg | PULSO: [ ] | TEMP: [ ] | FC: [ ]

DADOS CLÍNICOS:

PC no h. de gravidade de condito  
a data. Don a restrição de movimento  
no M.E.

① Dor no pescoço e costas  
② S.O. 98% F.R. 18.00pm  
③ T. 36.0pm P.A. 120/80mmHg  
④ Desconforto no tórax e abdômen

DIAGNÓSTICO: ⑤ Dor no pescoço

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: ⑥

Ilma Claudino da Costa

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PIMENTEL FILHO

3/7192-1681-1000/projetos/urgencia.php?contar=1757979

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Claudio da Costa,  
 RG nº 29554502-6, data de expedição 21/05/2012,  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 0369904481, com  
 domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
São Talvador B. Anacardil, nº S/N,  
 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Jose Ricardo Claudio da Costa, cujo o condutor era  
Jose Ricardo Claudio da Costa.

Veículo: Moto  
 Modelo: ISHJNERA X 500  
 Ano: 2014  
 Placa: GFR 34081PB  
 Chassi: LX4XCBL03F0240902  
 Data do Acidente: 12/02/2019  
 Local e Data: Guarabira PB 12/02/2019

Maria das Graças Claudio da Costa  
 Assinatura do Declarante

Jose Ricardo Claudio da Costa

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



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL  
 WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
 Av. Dom Pedro I nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56201-000 Fone: (81) 3271.1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....  
 MARIA DAS GRAÇAS CLAUDIO DA COSTA.....  
 Em test.de verdade. Guarabira-PB 09/04/2019 14:51:45  
 Wardiria Toscano de Sales - Titular  
 [2019-002504]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,96 FEP:R\$ 0,50  
 SELO DIGITAL: AIL34940-WRN  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL  
 WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
 Av. Dom Pedro I nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56201-000 Fone: (81) 3271.1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....  
 JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA.....  
 Em test.de verdade. Guarabira-PB 15/04/2019 15:18:39  
 Wardiria Toscano de Sales - Titular  
 [2019-002626]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,96 FEP:R\$ 0,50  
 SELO DIGITAL: AIL80446-W70  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.804.334/02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fazê Ricardo Abreu da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.508.358/120, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Fazê Ricardo Abreu da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.508.358/120, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Procurador Renda: Procurador e apresento os documentos comprobatórios:

sem problema

☒ 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>Fazê Ricardo</u>		Número <u>014</u>	Complemento <u>Coatim</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guarabira</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58200-00</u>
Email <u></u>		Telefone comercial(DDD) <u></u>	Telefone celular (DDD) <u>83 988547538</u>

Guarabira 13.10 de abril de 2019  
Local e Data

Luciano Santos Oliveira  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017





Num. 32079429 - Pág. 17

## 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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
------------------------	----------------	--------------------------

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Ricardo Clemente da Silva		CPF: 04508355420	
Profissão: Agrônomo	Enderço: São Sebastião	Número: 51	Complemento: SCS
Bairro: Vila Maria	Cidade: Gramma	Estado: PB	CEP: 58200-000
E-mail:			Tel.(DDD): 834 8854 7538

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

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 0042 ☐ CONTA: 9533J ☐ 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

**DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE POR PARTE DO EMPREGADOR**

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.

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias.

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 pericial, médica ou jurídica, ao 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Guangzhou PB 10/04/2019  
 Nome: 122º Biológico Claudio da Silva  
 CPF: 12450835420

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2019

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) 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.

101 រោង/2018







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Livro nº 001/2019**  
**Ocorrência nº. 0152/2019**

Aos **NOVE** dias do mês de **ABRIL** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta 2ª Delegacia Distrital de Guarabira-PB, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSÍS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA**, brasileiro, casado, natural de **Guarabira-PB**, vaqueiro, com 51 anos de idade, nascido aos **23.02.1968**, RG **2802541 SSP-PB**, CPF **645.083.584-20**, filho de Manoel Elias da Costa e de Dalva Cláudio da Costa, residente no sítio tabocas, zona rural, próximo a fazenda de Zenóbio, Guarabira-PB. (83) 9 8684-4468

. A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado: QUE afirma o noticiante que em data de 12.02.2019, por volta das 19:00hs quando o noticiante conduzia o veículo de informações a seguir; **MOTOCICLETA I/SHINERAY XY 50 Q**, placa **QFR 3408-PB**, CHASSI **LXYXCBL01F0246902**, RENAVAL 0107433086-0, cadastrada no Detran-PB em nome de **MARIA DAS GRAÇAS O DA COSTA**, ao chegar nas proximidades da encruzilhada, perdeu o controle do referido veículo ao tentar desviar de um animal (cachorro); QUE o noticiante veio a cair e ter fraturado a perna esquerda; QUE terceiros acionaram a viatura do SAMU, e o noticiante foi conduzido para o Complexo Hospitalar de Guarabira-PB (Hospital Regional), como consta em documentos anexos.

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

*José Ricardo Cláudio da Costa*

**JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA**

Comunicante

*Cristóvão J. A. Cabral*

**Cristóvão J. A. Cabral**  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 155.704-1







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, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190279775**

**Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**

**Data do Acidente: 12/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 0000095331-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## 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:	Nome completo da vítima:
------------------------	----------------	--------------------------

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:		Ricardo Alexandre da Silva		CNPJ:	04508355420
Profissão:	Enderço:	Número:		Complemento:	SALA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:		
		PB	58200-000		
E-mail:				Tel.(DDD):	33489547538

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

REDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 0042 ☐ CONTA: 95331 ☐ 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE POR PARTE DO SERVIDOR**

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.

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias.

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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Guangzhou, VB 10/04/2019  
 Nome: João Miguel Elias da cost.  
 CPF: 6450835420

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
Assinatura  
16 ABR. 2019

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA  
Assinatura

(\*) 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.

101-1001/2018





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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060217



Carta nº 14244337





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000095331-9

---

---

Nr. da Autenticação 7EF80938857064CD



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130358/19

Número do Sinistro: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF: 645.083.584-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/02/2019

Titular do CPF: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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: 30/04/2019  
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PROCURAÇÃO

COMPREV  
OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

OUTORGANTE

PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA

Nome: José Ricardo Cláudio da Costa  
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2802543 CPF: 645.083.584-20  
Endereço: sítio Taboas, Zona Rural, Guarabira, PB

OUTORGADO

Nome: Francisco Santos Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado  
Profissão: Comerciante  
Identidade: 3107-382 CPF: 014.864.314-02  
Endereço: João Alcido n. 669 - R. Novo - Guarabira



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima José Ricardo Cláudio da Costa.

Local e data:

Guarabira PB, 22 de Abril de 2019



José Ricardo Cláudio da Costa  
Assinatura do Outorgante





PROCURAÇÃO  
PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ricardo Claudio da Costa Nacionalidade: Brasileiro Est.  
Civil: Solteiro Profissão: Assessor Identidade: 2-80.854.1  
1.45.053.554-20 CPF: Endereço: Rua Taboas n. 310  
B. Maracá

OUTORGADO:

Nome: Leandro Santos Oliveira Nacionalidade: Brasileiro Est.  
Civil: casado Profissão: Consultor  
Identidade: 3307382 CPF: Endereço:  
Jose Ricardo N. 668 B. novo 054-864.334 02

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Jose Ricardo Claudio da Costa

Loca  
le  
data



Jose Ricardo Claudio da Costa



Reconheço, como autêntica a verdadeira, a(s) Fim(s) de  
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA  
Em test. da verdade, Guaratuba-PR 09/04/2019 17h52:38  
Márcia Tascano de Sales - Titular  
12019-60250 JENI:RS 89 91 FAPEN:RS 0,29 FAPEN:RS 1,76 ISS:RS 0,50  
SELO DIGITAL: A113484C-123H  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190279775 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P9)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.107.382 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIENTE 08/06/2016

NOME LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB DATA DE NASCIMENTO 03/06/1985

DOC ORIGEM CERT CAS Nº10833 - LV 37 - FLS 68 - CARTÓRIO GUARABIRA-PB

CNPJ 014.864.314-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

262-1

*Luciano Santos Oliveira*

CANTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
Nº 014797689850

1 0107433086-0 00/00000000 2019  
VIA COG. RELEVAM F.N. I.D.C. EXERCÍCIO

MARIA DAS GRACAS C DA COSTA  
NOME

03699004481 0FR3408/PB  
PLACA ANT. / UF PLACA

NOVO RN LXYYCBL01F0246902  
ESPECIE TIPO CHASSI

IAS/CICLO/NOVO/ANT. 2014 2013  
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

I/SHINERAY XY 50 Q 2014 2013  
CATEGORIA COB. PRECIBANTE

2 P/49 /CI PARTI PRETA  
COT. UNICA VENC. COTA UNICA

1 PVA ISENTO 00/00/0000 4  
V FAVIA (PVA) PARCELAMENTO / COTAS 2  
A \*\*\*\*\* 0 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 25/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO  
OBSERVAÇÕES

GUARABIRA-PB LOCAL 14/03/2019  
16497 41491

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014797689850 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 03699004481 0FR3408/PB  
VIA COG. RELEVAM F.N. I.D.C. EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

1074330860 I/SHINERAY XY 50 Q 2019 14/03/2019  
RELEVAM F.N. I.D.C. EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2014 9 LXYYCBL01F0246902  
ANO FAB. COT. UNICA

PREMIO TARIFARIO  
\*\*\*\*\* R\$ (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* DEQUATUA (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SINAL SEGURO R\$ 25/01/2019  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O DATA DE QUITAÇÃO

COG. UNICA PAGAMENTO PARCELADO

**SEGURODORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.245.604/0001-04

41491-0923268-20190314

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

