



Número: **0834291-15.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FILIPE DE SOUZA SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33986717	04/09/2020 10:01	2747931_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055203

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15468490





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

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200187566

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

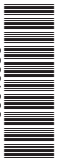
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15803301

Pag. 01959/01960 - carta_01 - INVALIDEZ

00010980





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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200187566

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FILIPE DE SOUZA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 0000011633-1

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

706.799.724-04

4 - Nome completo da vítima:

Filipe de Souza Santos

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

5 - Nome completo:

Filipe de Souza Santos

6 - CPF:

706.799.724-04

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

R- da Comarca

9 - Número:

333

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pedras de Fogo

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58328-000

15 - E-mail:

(85) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

4913

CONTA:

11633

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: ☐ Falecidos: ☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 31/01/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

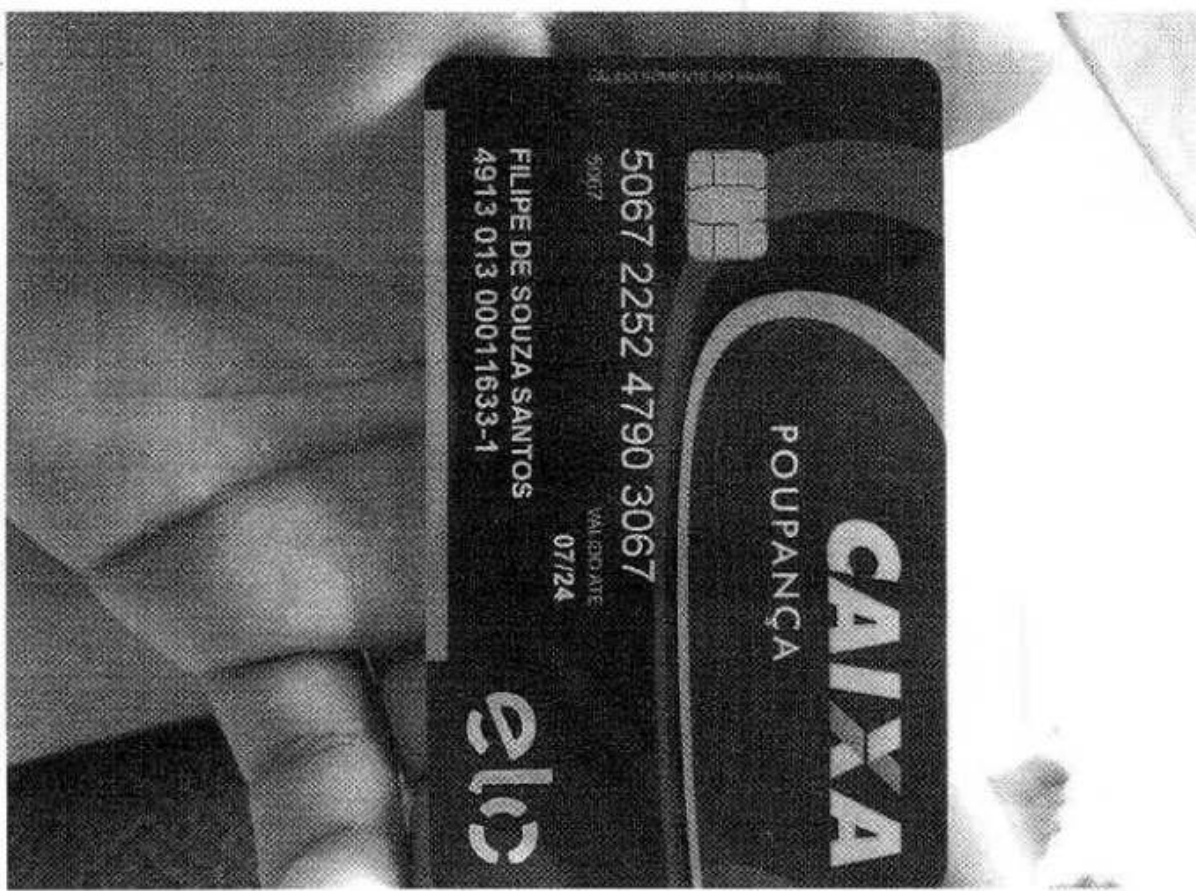


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:01:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410010943700000032511887

Número do documento: 20090410010943700000032511887

Num. 33986717 - Pág. 4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

706.799.724-04

4 - Nome completo da vítima:

Filipe de Souza Santos

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

5 - Nome completo:

Filipe de Souza Santos

6 - CPF:

706.799.724-04

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

R- da Comarca

9 - Número:

333

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pedras de Fogo

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58328-000

15 - E-mail:

(85) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

4913

CONTA:

11633

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 31/01/2020

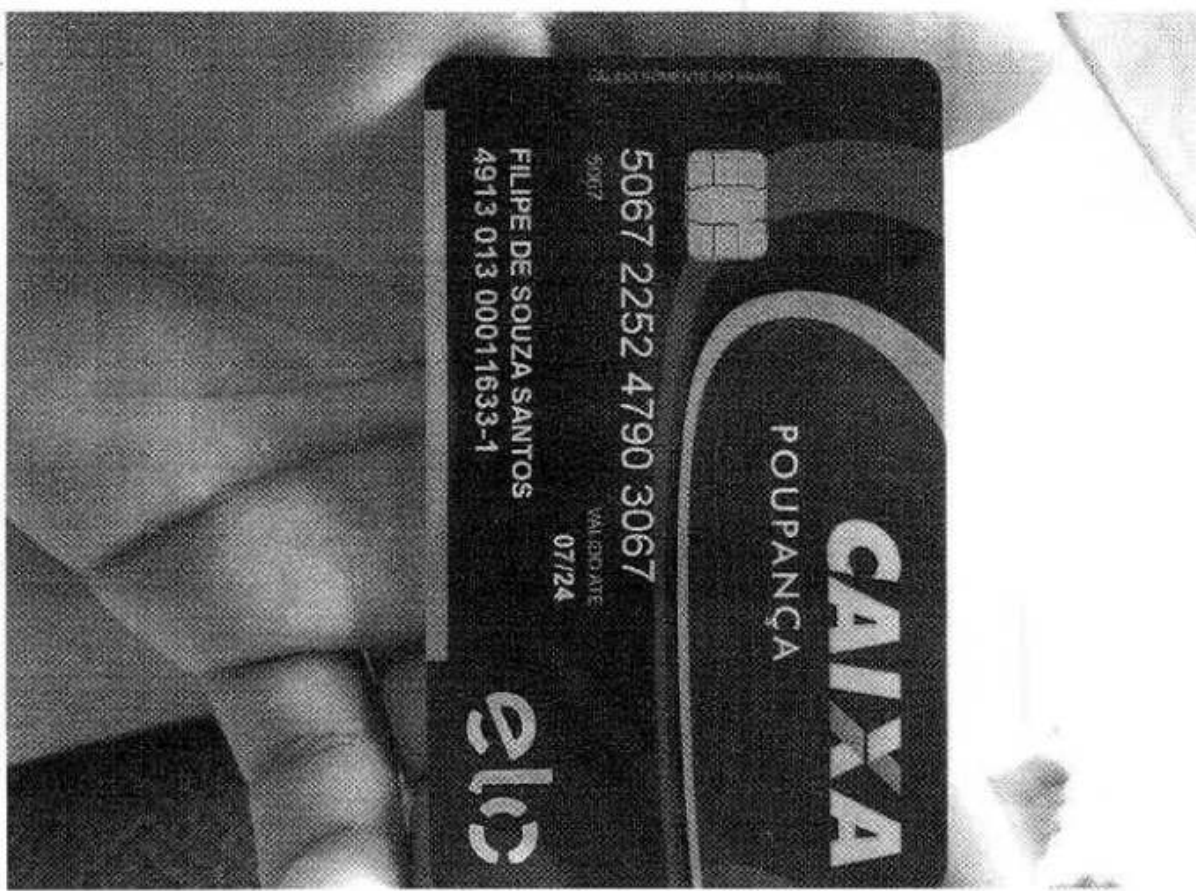
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00520.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00520.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:10 horas do dia 15 de janeiro de 2020, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Filipe de Souza Santos**, CPF nº 706.799.724-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Sandra Maria de Souza e Ronaldo Antonio Ferreira dos Santos, natural de Timbauba/PE, nascido(a) em 02/12/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Concorórdia, Nº 353, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (81) 98179-0634.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professor Getulio Cesar Guedes, Xxx, Pedras de Fogo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/11/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

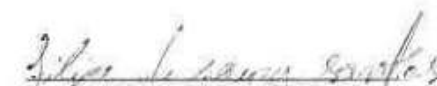
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/11/2019, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2017, PLACA PGZ8964/PE, CHASSI 9C2KC2210HR017524, NA RUA PROFESSOR GETULIO CESAR GUEDES, CENTRO, PEDRAS DE FOGO/PB, QUANDO UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO CRUZOU SUA FRENTE PARA VIRAR A ESQUERDA, VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DISTRITAL DE PEDRAS DE FOGO, ONDE PERMANECER ATÉ O DIA 18/11/2019, QUANDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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 fé.

João Pessoa/PB, 15 de janeiro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FILIPE DE SOUZA SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00520.01.2020.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00520.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00520.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:10 horas do dia 15 de janeiro de 2020, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Filipe de Souza Santos**, CPF nº 706.799.724-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Sandra Maria de Souza e Ronaldo Antonio Ferreira dos Santos, natural de Timbauba/PE, nascido(a) em 02/12/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Condição, Nº 353, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (81) 98179-0634.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professor Getulio Cesar Guedes, Xxx, Pedras de Fogo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/11/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

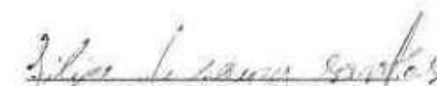
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/11/2019, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2017, PLACA PGZ8964/PE, CHASSI 9C2KC2210HR017524, NA RUA PROFESSOR GETULIO CESAR GUEDES, CENTRO, PEDRAS DE FOGO/PB, QUANDO UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO CRUZOU SUA FRENTE PARA VIRAR A ESQUERDA, VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DISTRITAL DE PEDRAS DE FOGO, ONDE PERMANECER ATÉ O DIA 18/11/2019, QUANDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de janeiro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FILIPE DE SOUZA SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00520.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

706.799.724-04

4 - Nome completo da vítima:

Filipe de Souza Santos

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

5 - Nome completo:

Filipe de Souza Santos

6 - CPF:

706.799.724-04

7 - Profissão:

Recusado

8 - Endereço:

R- da Comarca

9 - Número:

333

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Pedras de Fogo

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58328-000

15 - E-mail:

(85) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

4913

CONTA:

11033

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Pedras de Fogo - PR 31/01/2020

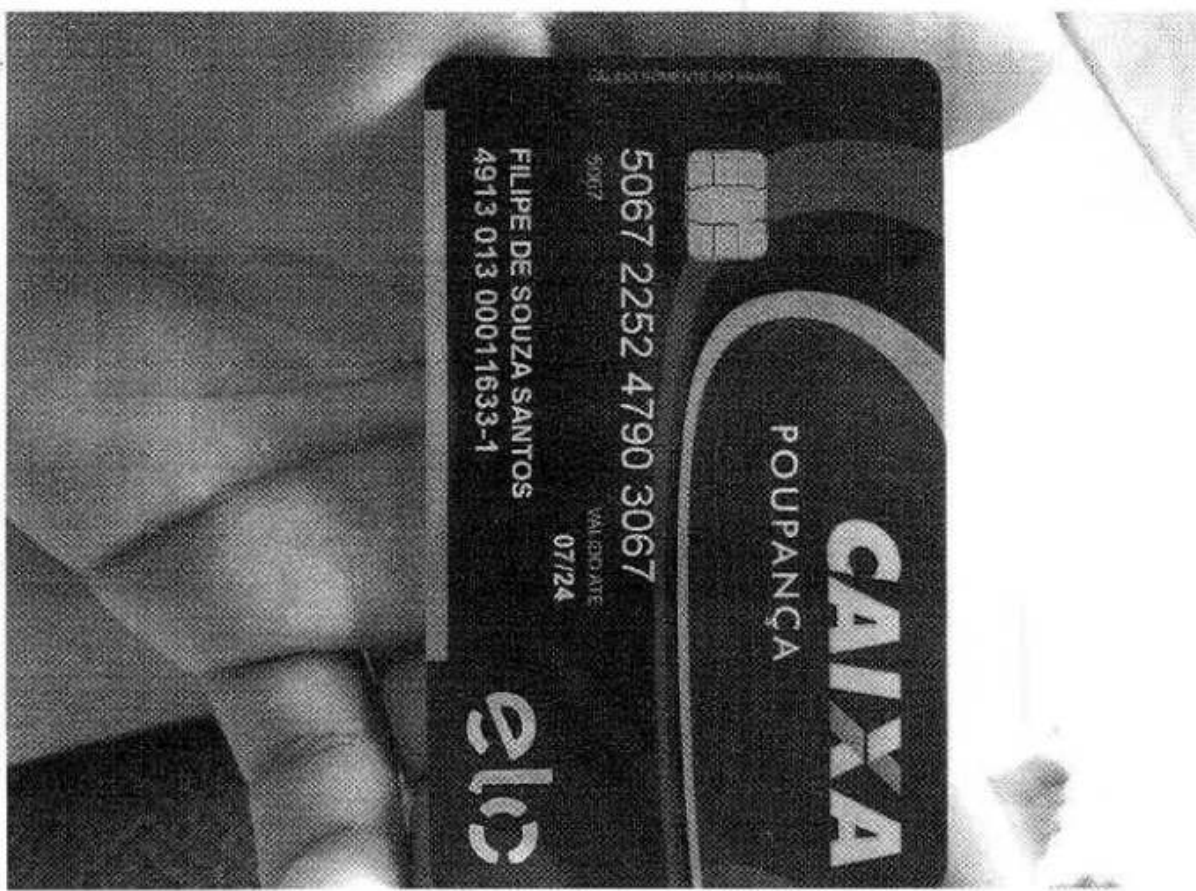
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **FELIPE DE SOUZA SANTOS, 21 ANOS (SIC)**, vítima de colisão moto x carro, na rua professor Getúlio Cesar Guedes, centro, de Pedras de Fogo, no dia **15/11/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Hospital Distrital de Pedras de Fogo - PB, sob o protocolo de regulação nº 2613074.

Pedras de Fogo, 03 de dezembro de 2019.


Adjanio Moraes de Oliveira
Coordenador SAMU PF
EMPRESA DE SAÚDE PÚBLICA
CNPJ 08.141.141
CNPJ 08.141.141





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **FELIPE DE SOUZA SANTOS, 21 ANOS (SIC)**, vítima de colisão moto x carro, na rua professor Getúlio Cesar Guedes, centro, de Pedras de Fogo, no dia **15/11/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Hospital Distrital de Pedras de Fogo - PB, sob o protocolo de regulação nº 2613074.

Pedras de Fogo, 03 de dezembro de 2019.


Adjanio Moraes de Oliveira
Coordenador SAMU PF
EMPRESA DE SAÚDE PÚBLICA
CNPJ 08.141.141
CNPJ 08.141.141



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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILIPE DE SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000011633-1

Nr. da Autenticação 884620A16C9614C9



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005043-93 | www.ceppe.com.br

ES PAULINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA CONCORDIA, 353 - PR

3 NIS 16277761154

CENTRO/PEDRAS DE FOGO
PEDRAS DE FOGO PB
58328-000

UNICA	DATA DE EMISSÃO
UNICA	21/12/2019
CLIENTE	Nº DA CONTABILIZAÇÃO
261853	6402782

7025000140

12/2019

DATA DE VENCIMENTO

30/12/2019

20/01/2020

TOTAL DA NOTA FISCAL

70,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Wh	30,0000000	0,25983059	7
a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44542387	31
a 100 até 220 kWh	34,0000000	0,66913580	22
ARELA			
REVELHA			
municipal			
169507 - 17/10/18			
169507 - 17/10/18			
169507 - 17/10/18			



energisat

Legado MONCRISCO
 Car/Sec CONTINUIDAD/COMERCIAL-COMERCIAL
 Recibo 12.5.150.425
 MedGr 000086521

ENERGISA PARANÁ - 202 TRUJOLO DE ENERGIA S.A.
R. 250 km 25 - Cadea Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53011-890
(047) 3333-1111 (047) 3333-1111 - Site: www.energisaparna.com.br

Nov / 2019

2011/2019

19/12/2019

040.942.234-05

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Sarampo é uma doença mortal. Fique atento ao colarinho de vacinação e não brinque.

Data	Lectura	Data	Lectura						
21/10/18	2556	20/11/18	2557				254		30
Clas	Descripción	Costo	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Tributo	Tributo	Tributo	Tributo	Tributo	Tributo	Tributo	Tributo
3501	Compras en el extranjero	254,000	0,775900	204,63	204,63	25	51,21	204,63	1,73
3503	Asic. B. Financiera			1,74	1,74	25	0,42	1,74	0,01
3507	Asic. B. Ventas			10,29	10,29	25	2,57	10,29	0,02
	LIQUIDACIONES E IMPORTE								
3507	CONTABILIZACIÓN DE USUARIOS			13,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Doc. Códice da Classificação de Item	172141	24,00	110,00	54,21	3,00	4,00	6,00
Taxa de Tributo:	0,545400						

25

27/11/2019

R\$ 229,87

0	0	0	15	2	0	3	0	0	157	242	242
Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616

[illegible]

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

• **Alcôz** Permanência em atrasos US\$ 0,50. Não há 5% de juros, e a supressão de 10% de desconto (se não houver) - ou seja, se não houver 10% de desconto de prazo do **Recover** - 10% de desconto de prazo de vencimento do futuro vencido e não paga.

BANCO DO BRASIL. BASTAR DIFERENCIAMENTE NO BANCO DO BRASIL.

00190.00009 03150.244006 07475.127178 5 808600000022987

PASADOR, JEAN FLAVIO DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010 902 234-11
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 - SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PE CEP. 58069004

Número de	Nº Documento	Data de Emissão	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007475127	001698201201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1970-0-286-996



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE ENERGIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005043-93 | www.ceppe.com.br

ES PAULINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA CONCORDIA, 353 - PR

3 NIS 16277761154

CENTRO/PEDRAS DE FOGO
PEDRAS DE FOGO PB
58328-000

DATA DE EMISSÃO
UNICA 21/12/2019

CLIENTE **Nº DA CONTABILIZAÇÃO**
261853 6402782

CONTA DE ENERGIA
7025000140 12/2019

DATA DE VENCIMENTO
30/12/2019 20/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
70,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
kWh	30,0000000	0,25983059	7,79
a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44542387	31,18
a 100 até 220 kWh	34,0000000	0,66913580	22,65
ARELA			
REVELHA			
municipal			
169507 - 17/10/18			
169507 - 17/10/18			
169507 - 17/10/18			



energisat

Legado MONCRISCO
 Car/Sec CONTINUIDAD/COMERCIAL-COMERCIAL
 Recibo 12.3.150.425
 MedGr 000086521

ENERGISA PARANÁ - 202 TRUJILHORA DE ENERGIA S.A.
R. 250 km 25 - Caste Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53011-890
(31) 3333-1111 (0800) 3333-1111 Site: www.energisaparna.com.br

Nov / 2019

2011/2019

19/12/2019

MA 942-234-85

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

Sarampo é uma doença mortal. Fique atento ao colarinho de vacinação e não brinque.

Data	Lectura	Data	Lectura						
21/10/18	2556	21/11/18	2557				254		30
Cat	Descripción	Costo Unitario	Unidad	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Tributo Total (P)	ICMS (P)	ICMS	Pf (Cofre) (P)	Pf (Cofre) (P)	Pf (Cofre) (P)	Pf (Cofre) (P)	Pf (Cofre) (P)
3501	Combustível em litro	284,000	0,7759000	204,63	204,63	25	51,21	204,63	1,73
3503	Alco. B. 4 em litro			1,74	1,74	25	0,42	1,74	0,01
3507	Alco. B. 5 em litro			10,29	10,29	25	2,57	10,29	0,02
LIMPEZAS E SERVIÇOS									
3507	CONTROLE DE LUBRIFICANTES			13,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Doc. Códice da Classificação de Item	172141	238,00	119,00	54,21	3,00	1,00	6,00
Taxa de Tributo:	0,545400						

25

27/11/2019

R\$ 229,87

0	0	0	15	2	0	0	0	0	157	242	242
Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616

[illegible]

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

• **AVISO:** Permaneço em dívida de US\$ 100,00. Não há 5% de juros, e o suporte de financiamento (se não houver) é de 10% ao mês. O valor do prazo do financiamento é de 12 meses, com juros de 10% ao mês. Não pague.

BANCO DO BRASIL. PADRÃO DE PREFERÊNCIA EM LENTES NO BANCO DO BRASIL.

00190.00009 03150.244006 07475.127178 5 808600000022987

PASADOR, JEAN FLEURY DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.902.234-11
RUA AGENTE JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGUEIRA - JOAO PESSOA / PE CEP. 53090004

Nº da Nota	Nº Documento	Data de Emissão	Valor do Documento	Valor Pago
31506440007475127	001606001201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

[illegible]



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Filipe de Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.799.724, 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Filipe de Souza Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.799.724, 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 28/01/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR001 V301/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:01:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410010943700000032511887>
Número do documento: 20090410010943700000032511887

Num. 33986717 - Pág. 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome:	Eduardo de Souza Santos		Nº
Sexo:	M	Idade:	18
Profissão:			
Endereço:			
Unidade Adcritiva:			
Agente de Saúde			
Encaminhado(a) do:			
Para:			
Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de colisão moto com carro Datsun, apresentando dor, limitação de movimento e fratura do membro superior direito. Encaminhado para avaliação e conduta.			

Encaminhamento

Função

Data

18/11/19

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BGRITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 279871 Atd: Nao Regular
Data: 18/11/2019
Hora: 14:07:42
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 706.799.724-04

Num. Prontuario: 2019.11.002111

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4205361 Fone: 0

Natural: TIMBAUBA/PE Data Nasc.: 02/12/1998 Id: 21 ano(s)

End.: R-DA CONCORDIA, 350 FONE 081 981790634

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: SANRA MARIA DE SOUZA

Pai: RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GARCOM

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: HOSPITAL PEDRAS DE FOGO-PB

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

ENTORSE NO PE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

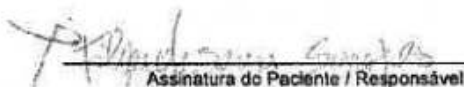
Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	E v

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado


 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>FILIPES de SOUZA SANTOS</u>		Data da Admissão: <u>18/11/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
)PD: _____			
HDA: <u>PACIENTE com Trauma em</u>			
<u>TORAX (A) Há 3 dias</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese			
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe			
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise			
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas			
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume			
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria			
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____			
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposso []Deformidades			
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____			
[]Amnésia []Libido []Humor _____			



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Distúlipidemia []Banho de Rio []Casa c

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rx D1250FR

Hipóteses Diagnósticas: _____

Rx y N2 (3)

Conduta: _____

*Instalamento
E. M. R. G. D. C. O.*

Rev. Ag. Fiscal José Costa Duarte, SM, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa

TIBS R1 P 1



[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiótico profilático
- ② Posicionamento em DDH com coxim GU-
CARNOTE em RAIZ DA COXA ESQUERDA
- ③ Assensão + traissoria em MIE

Incisão:

- ④ Colocação de canais.
- ⑤ Acesso posterior lateral a fíbula distal
- ⑥ Dissecção por pontos. Hemostasia
- ⑦ Unificação da fratura

Achados:

- ⑧ Redução distal da fratura com a
próxima placa + parafuso a coxale
- ⑨ Acesso intrafasciário. Parafu-
sagem. Parafuso proximal.
- ⑩ Confirmação na radioscopia OK

Conduta:

- ⑪ LMC com SF 99%
- ⑫ Lavagem da ferida. Fecundação
pontos. Curativo. Retorno a
Rx controle.

Fechamento:

OBS:

Utilizada placa 8 furos por fratura
6, 7 furos.

Data: 22/11/19

Dr. Thiago E. S.
CRM PB 112
Ortopedia/Trauma
MÉDICO





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FILIPE DE SOUZA-SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 21a	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 15	LEITO: 154
DATA DE ADMISSÃO: 18/11/2019		DATA DE ALTA: 23/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do tornozelo esquerdo				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de o lateral					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E DIFENIDRAMINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR THALES SEABRA
Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia
23/11/2019
DATA
ASS. MÉDICO / C.R.M.
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,





PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome:	Eduardo de Souza Santos		Nº
Sexo:	M	Idade:	18
Profissão:			
Endereço:			
Unidade Adcritiva:			
Agente de Saúde			
Encaminhado(a) do:			
Para:			
Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de colisão moto com carro Datsun, apresentando dor, limitação de movimento e fratura do membro superior direito. Encaminhado para avaliação e conduta.			

Encaminhamento

Função

Data

18/11/19

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BGRITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 279871 Atd: Nao Regular
Data: 18/11/2019
Hora: 14:07:42
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE DE SOUZA SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 706.799.724-04

Num. Prontuario: 2019.11.002111

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4205361 Fone: 0

Natural: TIMBAUBA/PE Data Nasc.: 02/12/1998 Id: 21 ano(s)

End.: R-DA CONCORDIA, 350 FONE 081 981790634

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: SANRA MARIA DE SOUZA

Pai: RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GARCOM

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: HOSPITAL PEDRAS DE FOGO-PB

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

ENTORSE NO PE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

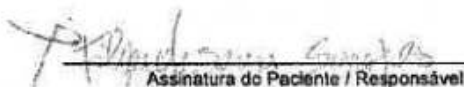
Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	E v

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado


 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>FILIPES de SOUZA SANTOS</u>		Data da Admissão: <u>18/11/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
)PD: _____			
HDA: <u>PACIENTE com Trauma em</u>			
<u>TVE (A) há 3 dias</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese			
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe			
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise			
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas			
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume			
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria			
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____			
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposso []Deformidades			
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSO: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____			
[]Amnésia []Libido []Humor _____			



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Distúrbio []Banho de Rios []Casa com

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rx D1250FR

Hipóteses Diagnósticas: _____

P.O. VNZ (3)

Conduta: _____

*Instalamento
E. M. G. D. C. O.*

Rev. Ag. Fiscal José Costa Duarte, SM, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa

TIBS R1 P. 1



[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antibiótico profilático
- ② Posicionamento em DDH com coxim GU-
CARNOTE em RAIZ DA COXA ESQUERDA
- ③ ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA EM MIE

Incisão:

- ④ Colocação de curativos.
- ⑤ Acesso posterior lateral a FIBULA DISTAL
- ⑥ Dissecção por PUNOS. Hemostasia
- ⑦ Visualização da fratura

Achados:

- ⑧ Redução distal da fratura com a
PROTEJA PLACA + PARAFUSO A COVAL
- ⑨ Acesso intrafemororal. Parafu-
sagem. Parafuso proximal.
- ⑩ Confirmação na radioscopia OK

Conduta:

- ⑪ LMC com SF 99%
- ⑫ Lavagem da ferida. Fecundação
PUNOS. CURATIVO. RESTAURADO E
Rx CONTROLE.

Fechamento:

OBS:

UTILIZADO PLACA 8 FURAS POR FURTO
6, 7 FURAS.

Data: 22/11/19

Dr. Thiago E. S.
CRM PB 112
Ortopedia/Trauma
MÉDICO





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FILIPE DE SOUZA-SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 21a	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 15	LEITO: 154
DATA DE ADMISSÃO: 18/11/2019		DATA DE ALTA: 23/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do tornozelo esquerdo				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de o lateral					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES]
Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E DAPIRONA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR THALES SEABRA
Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia
23/11/2019
DATA
ASS. MÉDICO / C.R.M.
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.205.361
DATA DE EXPEDIÇÃO	12/11/2013
NOME	FILIPPE DE SOUZA SANTOS
FILIAÇÃO	RONALDO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS SANDRA MARIA DE SOUZA
NATURALIDADE	TIMEBAUBA-PE
DATA DE NASCIMENTO	02/12/1998
DOC. ORIGEM	NASC.N.24330 FLS.115V LIV.A54 CARTORIO ITAMBÉ-PE
CPF	706.799.724-04
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE JARAGUÁ	
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	
CPF	1084562 SSP RJ
CPF	455.536.024-91
DATA NASCIMENTO	02/04/1997
FUNÇÃO	
JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
TIPO	REG
DATA	10/11/2014
DATA	06/04/1989
NOME	
JOAO PEROSA, PB	
DATA	11/11/2014
ASSINATURA	
RODRIGO CORREIA LIMA	
DATA	03/08/2014
DATA	02/04/2014
NOME	
JOAO PEROSA, PB	





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200187566

Data da solicitação: 22/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Felipe de Souza Santos

CPF do beneficiário: 706.799.724-04

Nome do solicitante: José Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 455.536.024-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98663-4900

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de Tornozelo, fiz cirurgia e apresento sequelas. Colocou placa e parafusos, o qual me faz sentir fortes dores e dificuldade para correr e praticar esportes que necessitem de força por gentileza reavaliar.

João Pessoa - PB 22/05/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/último não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200187566 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Filipe de Souza Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Garçom, residente e domiciliado à Rua da Camocanga nº 353, bairro Caminho, Município de Pedras de Fogo, Estado de(o) PB, Cep: 58328-090, portador(a) do Rg nº 4.205.363, SSP/ PB e CPF nº 706.799.724-04.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Saldanha nº 157, bairro Mamãe e Papai, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 105.456, SSP/ PB e CPF nº 435.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Filipe de Souza Santos, ocorrido em 15/12/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Pedras de Fogo, 19 de dezembro de 2019.



Outorgante
CPF Nº 706.799.724-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



AIR73500 - 1295
"Selo Digital"
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045376/20

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

CPF: 706.799.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 15/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FILIPE DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

FILIPE DE SOUZA SANTOS : 706.799.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146012/20

Vítima: FILIPE DE SOUZA SANTOS

CPF: 706.799.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 15/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FILIPE DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FILIPE DE SOUZA SANTOS : 706.799.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/05/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

