

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: 042.515.544-44 Nome completo da vítima: João Gomes Antas

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

Nome completo: João Gomes Antas CPF: 042.515.544-44
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Luiz de Souza Primo Número: 6/n Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Maracá Estado: PB CEP: 58.995-000
E-mail: lmc.adesao@grail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4033 9 CONTA: 866 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Maracá/PB, 30 de janeiro de 2019.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE F
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,
PENSAJES JUDICIAIS E PROTESTOS
Certifico que a presente cópia é a
reprodução fiel do original que me foi
apresentado; dou fé. Triunfo, 23 de outubro
de 2018. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE
SOUZA. Emol.R\$ 3,41. TSNR R\$ 0,68.
PERC R\$ 0,34. Total R\$ 4,09.
Selo:0073841.YIH10201808.00149.

Consulte Autenticidade em: www.princesa.isabel.pb.gov.br
Substituta

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de
pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta
Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 521/2018, LIVRO n°
02/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado,

GUTENBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 06 de Outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 10h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ GOMES ANTAS

Estado civil: solteiro RG: 21805.933 SSP/MG CPF: 072.515.574-44

Sexo: MASCULINO Nascimento: 12.07.1987 Idade: 31 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: SIM

Filiação: MIGUEL ANTAS DINIZ E DE FRANCISCA GOMES DINIZ

Endereço: Rua LUIZ DE SOUSA, S/N, CENTRO, MANAIRA/PB

NARRATIVA

QUE, NO DIA 26/08/2018 POR VOLTAS DAS 05:00 HORAS, QUANDO CONDUZIA
UMA MOTO E QUE NA PB 306 NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO TRAVESSIA, AO DESVIAR DE
UM CACHORRO, PERDEU CONTROLE DA MOTO CHEGANDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI
SOCORRIDO PELO SAMU DE MANAIRA, DANDO ENTRADA NA UPA DE PRINCESA ISABEL, EM
SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE APÓS EXAME DE
RAIO-X FOI CONSTATADO FRATURA DO FEMUR DO LADO ESQUERDO, E ESCORIAÇÕES PELO
CORPO; QUE CONDUZIA UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN KS, DE COR PRETA, DE
FABRICAÇÃO E MODELO 2004, COM PLACA DLE 9180, CHASSI N°
9C2KCO8104R817752///, RENAVAM 833385020, REGISTRADO EM NOME DE JOSÉ GOMES
ANTAS.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira
responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a
presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a
05 (cinco) anos).

Notificante José Gomes Antas

[Assinatura] 155.680-1

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019

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: 042.515.544-44 Nome completo da vítima: João Gomes Antas

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

Nome completo: João Gomes Antas CPF: 042.515.544-44
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Luiz de Souza Primo Número: 6/n Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Maracá Estado: PB CEP: 58.995-000
E-mail: lmc.adesao@grail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 9 CONTA: 866 2
(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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
habilitado

Local e Data: Maracá/PB, 30 de janeiro de 2019.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

CNES: 7637802

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 26/08/2018

Cod. Prof: 95

Profissional: DAMIAO JOAO DAMASCENA OLIVEIRA

Pront. - Paciente: 23916 - JOSE GOMES ANTAS

Data Nasc.: 12/01/1987

Idade Pac.: 31 Anos; 7 Meses e 14 Dias.

Endereço: SÍTIO - POCO DOS CACHORROS

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: FRANCISCA GOMES DINIZ

Data e Hora da Recepção: 26/08/2018 05:50

Município: SANTANA DE MANGUEIRA

Cartão SUS: 700005445727909

Nº da Ficha: 79400

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Profissional da Pré-Consulta: 42 - ANA CECILIA MEDEIROS CAVALCANTE

P.A.: 120 X 80 mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Data: 26/08/2018 05:57

COREM193698-PB

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE PROVENIENTE DO SAMU DE MANAIRA, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE, COM ESCORIAÇÕES PELO ROSTO.

Medicamentos em Uso:

NEGA ALERGIA

ADM/POSTADO DIFERON

Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

26/08/2018 06:08:58

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO AS 22:00 HORAS COM FRATURA EXPOSTA EM FEMUR ESQUERDO REFERE TRAUMA DIRETO CONTRA UMA ESTACA AO LADO DA ESTRADA

VEJO AINDA LESAO CORTANTE EM LABIO SUPERIOR COMPLETA TRANSFIXANTE

VEJO TRAUMA CORTO-CONTUNDENTE EM FRONTAL DIREITO COM APARENTE FRATURA EM LAMINA ANTERIOR DE SEIO FRONTAL. PACIENTE COM GLASGOW = 15 SEM AMNESIA RETROGRADA OU ANTEROGRADA. NEGA VÔMITOS. ALCOLISMO LEVE. SEM AGITACAO. ORIENTADO.

CID:

C.I.D. 19: S723

Descrição do CID: S72.3 FRAT DA DIAFISE DO FEMUR

Informações Da Alta:

ALTA COM ORIENTAÇÕES

Informações Medicamentos:

Grupo:

Código Descrição

01 CONSULTA, SÓDICA 1G IM

Classificação

+ DIETA ZERO

+ SUTURA DE FERIDA CONTAMINADA DE 9 HORAS COM APROXIMACAO D

Qtd.	Apresentação	Via Adm.	Frequência
2	AMP	EV	AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARRIOS"
RUA DEL MARCO LINO, 225 - CENTRO - CEP: 53010-000 - FONE: (83) 3457-2134
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 04/10/2018 12:47:44

Maria Rodrigues dos Santos - Escrevente

[2018-003279] EROL:R6 2,37 FARPEN:R6 0,28 REP3:R6

SELO DIGITAL: ANA08440-INZE

Confira a autenticidade em <https://caladadigital.1001jus.br>

Transmissão 07:00

Assinatura do Paciente/Responsável

DAMIAO JOAO DAMASCENA OLIVEIRA C.R.M.: 700

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.004

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GOMES ANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04033-9

CONTA: 000010007866-4

Nr. da Autenticação FAE910A3D8120243

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Gomes Antas,

RG nº M62185 933, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/m6,

CPF nº 072.515.574-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Louig de Saigo Barros</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Maracá</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>lme.educacao@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro/PE, 22 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: x Jose Gomes Antas

MARIA DO SOCORRO DOMES ANTAS AMANCIO
RUA LUIZ DE SOUZA PRADO, S/N - CASA - CENTRO
MANAIRA / PB CEP: 59090-000 (AG. 166)

Emissão: 26/09/2018 À: Emissão: Set / 2018

Classif. Suo: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 230V, K=15 - Cód. Rotador - Jato Pessoa / PB - CEP 59071-400
Roteiro: 16 - 189 - 450 - 6736 Nº medidor: 0000729503

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.098.189/0001-40 Insc. Est. 16.015.522-0

Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica: 1.216.144.214
Cód. para DTA Automático: 90014334212

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2018	26/09/2018	26/10/2018	076.793.184-56 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1483421-2

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/08/18	5155	26/09/18	5202	1	47	28

Demonstrativo		Valor Base Cota - Atos (ano R\$)		Base Cota - P. (R\$)		Cota (R\$)	
Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota - Atos (ano R\$)	Base Cota - P. (R\$)	Base Cota - P. (R\$)	Cota (R\$)	Cota (R\$)	Cota (R\$)
Tributos (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	P. (Cota) (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0501	Consumo até 30 kWh-BR	30,000 0,2011770	6,05	0,00	0,00	0,05	0,04
0901	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	17,000 0,348910	5,93	0,00	0,00	5,93	0,05
0601	Adic. B. Vermelho		1,06	0,00	0,00	1,06	0,01
0610	Subsidio		17,51	0,00	0,00	17,51	0,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0708	Devolução Subsidio		-19,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Cota - Carga de Classificação da terra		TOTAL	13,78	0,00	0,00	30,50	0,24

Media últimos meses (kWh) 47
VENCIMENTO 03/10/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 13,78

Histórico de Consumo (kWh)											
46	48	51	42	50	47	48	41	48	45	44	52
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

fb32.af35.e2d8.f96a.9d94.f4fd.956a.3b24.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	0,08	NOMINAL
DIA TRIMESTRAL	15,31	
DIA ANUAL	30,55	
DIA DIÁDIA	3,51	
DIA TRIMESTRAL	1,23	
DIA ANUAL	14,45	
DIA DIÁDIA	4,31	
DIA TRIMESTRAL	12,72	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Devolução de Dct. de Energia PB	4,05	29,39
Cota de Energia	6,17	44,73
Serviço de Transmissão	0,85	6,17
Encargos Setoriais	0,98	7,12
Previdência Unificada Encargos	1,29	9,36
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,78	100,00

Valores em R\$

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Gomes Antas,

RG nº M621.815.933, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/M6,

CPF nº 072.515.574-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Louig de Saigo Barros</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Maracá</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.educacao@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro/PE, 22 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: x Jose Gomes Antas

CONCLUSIONS

ENERGISA FIP/FC-DATOS CORRELACIONALES

CNP 115 095.183 / 0001-40 (Ind. Est. 16.015.820.0)

Nota Fiscal / Carta de Energía Eléctrica: 0015 164 214
Cód. para Débito Automático: 00014334212

Access: www.energisa.com.br

Type: Essay

5/1483421-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Eléctrica: TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002.

Cód. Custo de Classificação do Item	TOTAL	13,78	0,00	2,00	30,50	0,24	1,12
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

VENCIMENTO
03/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 13.78

Histórico de Consumo (kWh)

Historico de Consumo (KWh)											
46	48	51	42	50	47	48	41	48	49	44	52
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

fb32.ef35.e2d8.f96a.9d94.f4fd.956a.3b24.

Indicadores de Qualidade			7º 2018 - Prolongação	
	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	
DIGI MENSAL	7,50	8,06		
DIGI TRIMESTRAL	15,21			
DIGI ANUAL	30,95		NOMINAL	220
FIC MENSAL	3,61	1,00	DELTATRATED	
FIC TRIMESTRAL	7,22		DELTAEINFERIOR	220
FIC ANUAL	14,45		LÍMITE SUPERIOR	231
	4,31	0,08		
	12,92			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia: PD	4,05	29,36
Contorno de Energia	6,77	49,12
Serviço de Transmissão	0,83	4,61
Tratamento de Água	3,89	27,97
Tratamento de Esgoto e Emissões	1,56	11,04
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,78	100,00

Valor de FL180

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Henrique Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542029 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yerê Gomes Antas inscrito (a) no CPF sob o Nº 072515574 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura anuidade da Vítima Yerê Gomes Antas inscrito (a) no CPF sob o Nº 072515574 / 44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Viçosa</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.890-000</u>
Email <u>hmc.odv@uol.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular(DDD) <u>(87) 98842 8269</u>

Viçosa/PE, 22 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL "DEPJANDUHY CARNEIRO" FATOS - PARAIBA

Nome do Paciente:

João Carlos Silva

V. Prontuário

Data da Cirurgia: 26.11.8

Sexo

Idade

Cirurgião: Dr. Manoel

Plasteador

Dr. Leonardo

2. Anestesia

3. Anestesia

4. Anestesia

Ant. Tóxica: Dr. João

Tipos de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura de fêmur e joelho (E):

Exame de Sangue

Pancreas e rins iguais

Exame de Urina Pós-Operatório

o m

Exame de Urina Imediato do Paciente

Exame de Radiografia no Atm

Exame de Dentes e Cirurgia

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tórax - Tórax - Espinha - Dorsal - Superficial - Material - Emprego - Anestesia - Medicação

Dr. Manoel - R/113 e 124

Articulação + Colocação de placa e parafusos

Pancreas e rins iguais - 1. hora (E)

Curto

Dr. Manoel
Cirurgião
Cirurgião
Cirurgião

RELATÓRIO DA CIRURGIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

06

03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente vitual de Politrauma (que, mesmo injetado),
com profunda TCE (embriagueza de álcool) com
sem sinais de embriagueza.

28.03.19

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente vitual de acidente de
tráfego. Encaminhado inconsciente, com admissão
Respiratória e sem sinais de vida, no
Hospital Regional e depois, no
Corpo de Bombeiros. Tratado no Hospital
de emergência. Despertou e sem vida.
Sem sinais de vida e sem sinais
de vida. TCE BI leve e com
Sintomas de trauma, com
Be 99.

HD TCE BI

② Fratura de fêmur

③ Infecção respiratória
com sinais de vida, com sinais
de vida. Admissão de
vida.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Zomer

DA CLÍNICA

ORF

ENFERMARIA

A CLÍNICA

clínica

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente em dorst forte
de sinistral CI, com
dispneia

DATA

EP!

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

21/08/18

12h

Clínica Médica

3º DIA + SI uso de ANT.B.

Paciente vítima de acidente de trânsito,
evolui com dor sinistral e dispneia e tosse produtiva,
Paciente estável há 2 dias.

Do exame: Cefaleia, dispneia (3+4), 34 inq.
pulmão M e A; com crepita e
sibilos em base (D)

HDI: TER? (P.M. (Pneumonia primária)?

CD: UH.

Exame lab

21.08.18

anamnese

hipótese

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Kaízyo Medeiros Lacerda
Médico - CRM 81951 RJ 8195
ENS 20180346400181

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Gomb Antez

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

Neu. no 200/18

ENFERMARIA

LEITO

6ª

03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

28.08.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

NEUROLOGIA:Poli-sintomático / + 10 anos.Ex. fixos: ECG, hipertensão, cardio,
proctol, febril, hipertensão.Agudos TZ cardio sem causas
análises da UTIAgudos TZ cardio sem
causas.Dr. Alexandre Flávio
Médico
CRM 9724

28/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Gomes Antas

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

U. T. I

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Reente politraumatizado com TCE moderado e fratura de fêmur esquerdo. Reente deu entrada há 2 dias e ainda não tem TC de crânio.

ECG grave, semolento, desorientado, hipocárdio + R_{st}, eupneico e normotensivo.

- Neuro: ECG 12 (AO 3, MRM, 6, MRV 3) papéis isocóncavos e fotonegativos.

- ACV: RCR 2+ UNF 5/5; MM 3/5 JRA.

- Ext: bem perfundidos, traço em MIE.

CD: Reente sem melhora de IOT no momento. Sugiro melhora de TC de crânio sem controle e definição de conduta neurológica. TCE? (transferir por referência).

28/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Yuri Valheus N. Costa

Médico

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: <i>Jose Carlos Antas</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JACQUES CARNEIRO
DE:	LEITO:	CONDIÇÃO:	OPR:	REGISTRO:	
<i>12</i>	<i>24</i>	<i>35</i>	<i>34</i>	<i>5215</i>	
TRANSFUSÃO: <i>Trs. citre e plasm. para</i>		CIRURGIÃO: <i>Dr. Helton / Dr. Carneiro</i>			
ANESTESIA: <i>Kopur</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Tarcio</i>			
CIRURGIÃO: <i>Carof</i>		DATA: <i>08/09/18</i>		LOCAL: <i>10h00</i>	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ coar. sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lamina de Distúri <i>P334</i>
	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Colutor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	11	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neoceln <i>isolante</i>	1	Atadura de Crepom 10cm
	Haloteno		Atadura de Crepom 20cm
	Thienambutal		Atadura Gessada 10cm
	Queflicin		Sonda Uretal
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Drano Penrose
	Xilestésin a 5%		Drano Sucção
	Inoval		Drano de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Espandropo
	Etoclonidato		Xilocaína Gel
	Kateler	1	Alcool 70%
	Pubicocaina 0,8%	1	PVPi Tintura
1	Dimorf	1	Gasco
	Lanexal 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane	1	Cidex <i>3F.9% 500ml</i>
	Sufenta		Vaselina Esteril
9	Discrepan		Agulha descartável
	Água destilada 16ml		Pastilha de Formal
	Prostigmias		Fio Cromado 0 cf agulha
1	Atropina <i>Atrochonia</i>		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Eforil		Fio Cromado 1 cf agulha
	Cetastofina 12g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Ditel <i>Dexametasona</i>		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
9	Dipirona		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Esparin 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tilul <i>Q. m/s</i>		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 cf amigdalectomia
	Agulha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
1	Abticate 20 e 22 <i>Nº 18</i>		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha		Prolene 2-0 cf agulha
	Prolene 0 cf agulha	1	<i>Nylon</i>

NOME: José GOMES AMAS.

62/03

DATA: 26.08.18.

IDADE: 31 anos

MÉDICO: Dr. ARTUR H. S. OLIVEIRA

USG FAST

→ NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LÍQUIDOS
EM CAVIDADE ABDOMINAL.

VÍCIOS CAUDAL COMEÇ
COM 7683



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Gomes

DA CLÍNICA

ENFERMARIA

A CLÍNICA

LEITO

12

01

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

risco cirurgico

02.09.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem queixas Cardíacas
Nexo Causa-Efeito - PA = 170 x 80 mmHg
ECG - Normal
Risco Cirurgico = Baixo
Risco

02/09/18

DATA

Kleuber M. de F. P.

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente com queixa de dor
na região da boca, (refere de mais)

06/09/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

106/04/18

Bufo Paciente com queixa de dor na boca,
o que levou a transferência em FA CE,
diagnosticado Fístula Nasal, com
início do tratamento cirúrgico

- 1º: (1) Tratamento conservador
(2) Alta da B.M.F.

06/09/18

DATA

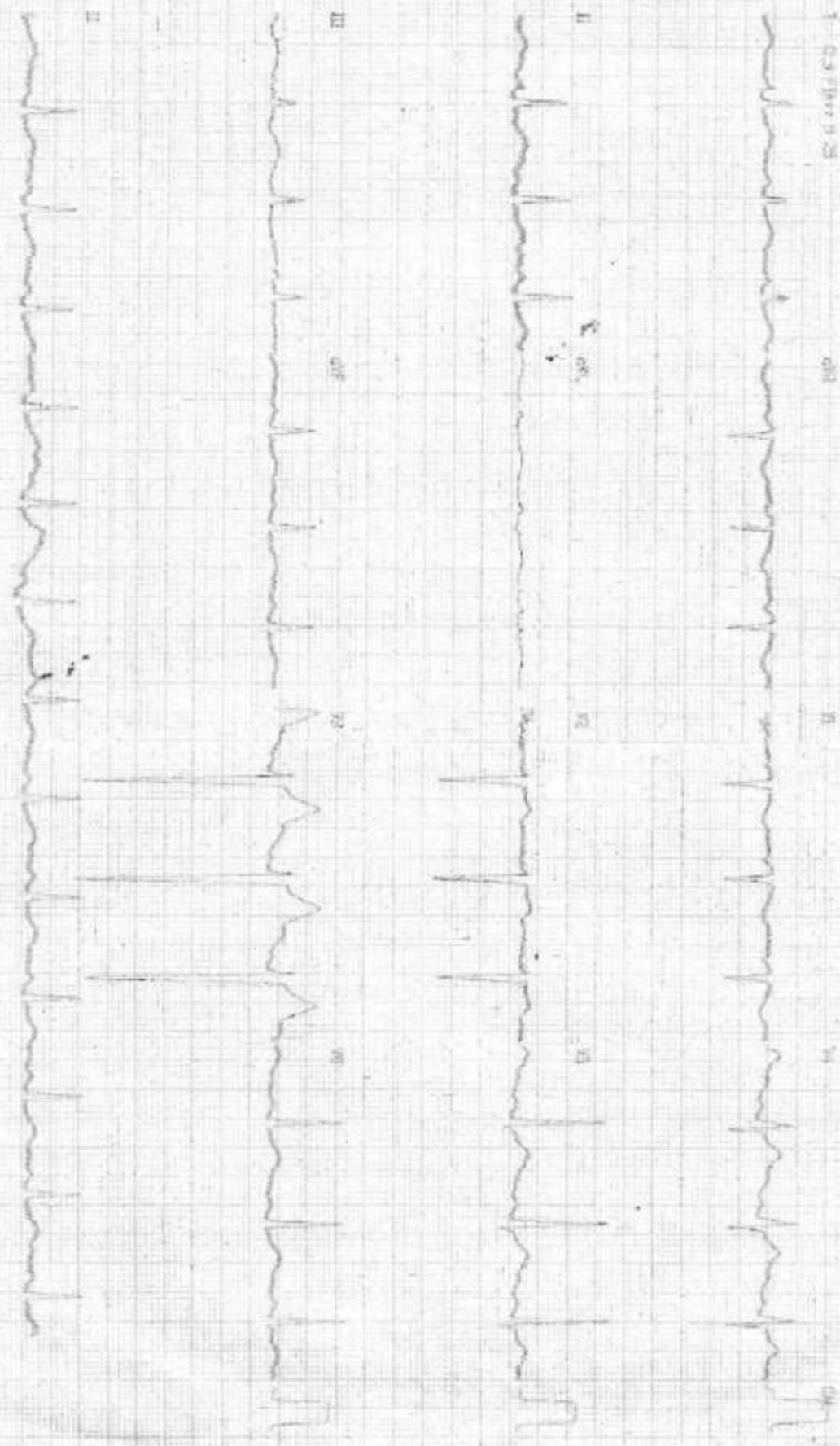
EVERTON SARKIS ANDRADE FONSECA
Cirurgião Bucodentário
CRO/PB 4386 - CRO/SE 1209

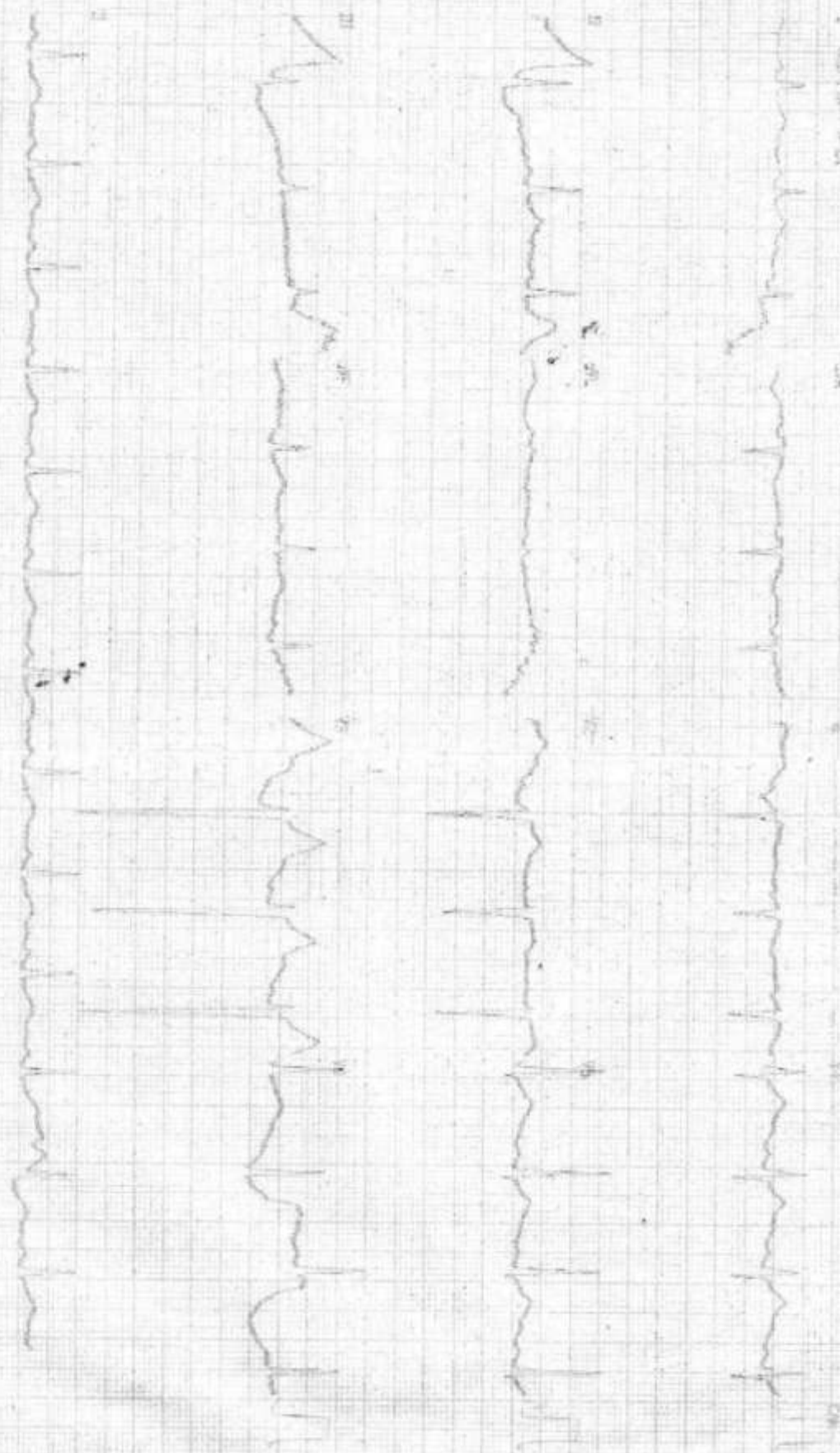
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

32

02 09 18

com. 116





RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	7375	PRONTUÁRIO	5215
DATA	26/08/2018	HORA	09:40
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA	OPERADOR	TMEDEIROS
PACIENTE	JOSE GOMES ANTAS	IDADE	31a 7m

RESUMO CLÍNICO:

1. paciente com fratura do fêmur
pauca

DIAGNÓSTICO:

fratura do fêmur

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1. fratura do fêmur

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

INTENÇÕES APÓS A ALTA:

após 15 dias de tratamento com o tratamento adequado

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOR/PB 26/08/2018

Dr. Gualberto Almeida de S. Silva
Ortopedia Traumatologia
RPA-PB 7512

MÉDICO/CRM

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	7375	PRONTUÁRIO	5215
DATA	26/08/2018	HORA	09:40
OCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	OPERADOR	TNEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL UPA PRINCESA ISABEL		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE MOTO		
PACIENTE	JOSE GOMES ANTAS	IDADE	31a 7m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA GOMES DINIZ		
FILIAÇÃO II	MIGUEL ANTAS DINIZ		
CIDADE	MANAIRA	PB	58995000
ENDEREÇO	RUA CLUBE S/N		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE			
TELEFONE	83996891055	CELULAR	
C.N.S.	700005445727909	IDENTIDADE	21.805.933
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	12/01/1987	COR	
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL FRANCISCO GOMES ANTAS Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Port. ATM de qual o
mot - fun - corte (E)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

- Fudo portu - corte (E)

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fudo corte a ju (E)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

11.09.18

Hora

07 H 40 Min

MOTIVO

() Alta Curado

() Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

() Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

Assinatura Médica de S. 9110
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
MUNICÍPIO MG-21.805.933 DATA DE EMISSÃO 29/03/2016

NOME
JOSE GOMES ANTAS

PLANO
MIGUEL ANTAS DINIZ
FRANCISCA GOMES DINIZ

ANTERIORIDADE DATA DE NASCIMENTO
PRINCESA ISABEL-PB 12/1/1987

ENDEREÇO
NASC. LV-7A FL-140V
MANAIRA-PB

LEITICIA ALESSI MACHADO RÓGEDO
ASSINATURA DO DIRETOR

PTI-2566

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS PTI 2566-6

POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO DE MINAS GERAIS

FOTO

JOSE GOMES ANTAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

01 833385020 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2018

072.515.574-44

PLACA ANT / UF: [] CHASSI: FD2K008164R817752 / 11

PAS/MOTOCICLETA

HONDA/CB 150 TITAN KS ANO FAB 2006 ANO MOD 2004

02L/14900

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
PAGO		PAGO	18.888.888.888
PAGA LEM			

V	FAIXA LEVA	PARCELAMENTO / COTAS	24
A			30

PREMIO TARIFARIO (RS)	IDF (RS)	PREMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
150,00	30,00	180,00	

7 OBSERVATION

Renata Martins Ribeiro Pereira de Paula

ARDE BUNDA ~~Arde Bunda~~ Policiat - Nivel Geral
MASP 387406-2

18/05/18

MG Nº 013481626397 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 19/05/18

072.515.574-44

8385020 02 HONDA/CG 150 TITAN KS

PC2KD0E104R017752///

PREMIO TARIFARIO		
FMS (R\$)	DEVATRAM (R\$)	CUSTO DO REGISTRO (R\$)
61,29	9,03	90,33
CUSTO DO ELENTE (R\$)		

CUSTO DO BILHETE (R\$)	0,70	VALOR DO BILHETE (R\$)	285,50
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
COTA (R\$)		COTA (R\$)	

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGURODORA LIDER - DEVIAR

SECRETARIA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.240.508/0001-04

SABEMI - KIOSK 07 FEB 2019

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João Pereira Antão
 DATA DO ACIDENTE 28/08/2008 CPF DA VITIMA 012.585.534-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua AS de Moura
 Nº 104 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Juazeiro UF PE CEP 56.830-030
 E-MAIL Joao.pereira@gmail.com TELEFONE (81) 3896-1035

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRABALHO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = RENOVOLO ATÉ R\$ 2.700,00 (REENVOLOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190100967 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES ANTAS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NASAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA NASAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.1) - OSTEOSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190100967 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES ANTAS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NASAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA NASAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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:

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

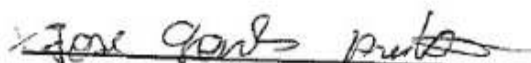
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE GOMES ANTAS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 21805.933 SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº 072.515.574-44, residente e domiciliado na Rua Luiz de Souza Primo, s/n, Centro, Manaíra/PB, CEP: 58.995-000.

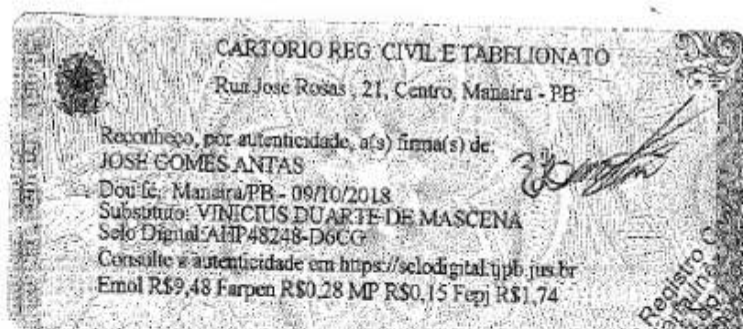
OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSE GOMES ANTAS**.

Manaíra/PB, 09 de Outubro de 2018.



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório do Registro Civil e Tabelionato
Manaíra - PB
Ofício do Substituto Civil
Vinicius Duarte de Mascena
Manaíra - Comarca de p - Manaíra
Rua José Rosas, 21 - Manaíra
Tel (83) 3458-1158

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043475/19

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

CPF: 072.515.574-44

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GOMES ANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

JOSE GOMES ANTAS : 072.515.574-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 05/02/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190100967

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GOMES ANTAS

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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190100967

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GOMES ANTAS

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 GOMES ANTAS**

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

Banco: **001**

Agência: **000004033-9**

Conta: **000010007866-4**

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

