
Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180570550**
Vítima: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**
Data do Acidente: **25/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180570550**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180570550

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

981 343.534-87

Nome completo da vítima:

José Paulo dos Santos Filho

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

Nome completo:

José Paulo dos Santos Filho

Profissão:

Operador têxtil

Endereço:

Rua Tenente Barbosa

Bairro:

multi-ras

Cidade:

Lagoa Seca

Estado:

Paraíba

E-mail:

Verasdpvatec@hotmail.com

CPF:

981.343.534-87

Número:

5N

Complemento:

58900-000

Tel.(DDD):

(83) 99813-1266

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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:

040

CONTA:
 062542

6

(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 Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Lagoa Seca - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Paulo dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

 (*) 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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**

Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.

Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018

SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: **FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES**, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: **JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO**, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, **JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO**, guiava o veículo **YAMAHA/YBR FACTOR E**, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: **QFQ-1280/PB**, CHASSI: **9C6KE1930F0012755**, matriculado em nome de **PAULA FRANCINETE DOS SANTOS**; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Joabson Lins dos Santos

Mat. 181.946-1

Joabson Lins dos Santos
Agente Policial Civil
Mat. 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

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:

981 343.534-87

Nome completo da vítima:

José Paulo dos Santos Filho

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

Nome completo:

José Paulo dos Santos Filho

Profissão:

Operador têxtil

Endereço:

Rua Tenente Barbosa

Bairro:

multi-ras

Cidade:

Lagoa Seca

Estado:

Paraíba

E-mail:

Verasdpvatec@hotmail.com

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

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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:

040

CONTA: 062542

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Sim

 Não

 Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Lagoa Seca - PB 29/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Paulo dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

(*) 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.

30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 25-07-18	HORA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO Ivan Paula dos Sintos	USA	/ USB	01
LOCAL DA OCORRÊNCIA For trair de cama		BAIRRO		IDADE 44	SEXO MASC	FEM
APOIO NO LOCAL □ PM □ RESGATE / BOMBEIROS		□ RLSGATE / PRF	□ CPTTRAN	□ STTRANS	□ OUTRO	MÉDICO REGULADOR Kedof
QTA: □ SOCORRIDO POR TERCEIROS		□ RECUSOU ATENDIMENTO	□ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO	□ LOCAL NÃO ENCONTRADO	□ OUTRO	

TIPO DE AGRADO

□ ACIDENTE DE TRÂNSITO.	□ PEDIÁTRICO
□ AGRESSÃO	□ PSIQUIÁTRICO
□ CLÍNICO	□ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
□ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	□ QUEDA METROS
□ ELETROCUSSÃO	□ QUEIMADURAS
□ F.A.B	□ OUTROS
□ F.A.F (PAF)	
□ GINECO-OBSTÉTRICO	
□ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

□ AIDS	□ DOENÇA MENTAL
□ ALCOOLISMO	□ DOENÇA RENAL
□ AVC	□ DRUGA
□ CIRURGIAS REALIZADAS	□ HIPERTENSÃO ARTERIAL
□ CONVULSÕES	□ INTERNAMENTOS ANTERIORES
□ DIABETES	□ MEDICAMENTOS
□ DOENÇA CARDIACA	□ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
□ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	□ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO HFC

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

MOTIVO DE TRANSPORTE

□ APOIO DIAGNÓSTICO □ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

□ OUTRO

TRANSPARÊNCIA SIMPLES

30 OUT. 2018

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSAVEL

FUNÇÃO

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + Tramal

30 OUT. 2018

DADOS VITAIS

VVA: □ LIVRE □ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO □ >30lpm □ <30lpm/PULSO RADIAL □ Presente □ Ausente / PAS: □ >90mm Hg □ <90mm Hg

PA 146x110 FC FR 96 TEMP 36 °C - GLICEMIA 16 mg/dl - E Com a SpO2s/02 90% So2c/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

□ Ansiedade □ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída □ Comunicação Verbal Prejudicada □ Confusão Aguda □ Deambulação Prejudicada □ Débito Cardíaco Diminuído □ Deseobstrução Ineficaz das VVA □ Disreflexia Autônoma □ Dor Aguda □ Hipertermia □ Hipotermia □ Integridade da Pele Prejudicada □ Integridade Tissular Prejudicada □ Medo □ Intolerância a Atividade □ Mucosa Oral Prejudicada □ Padrão Respiratório Ineficaz □ Perfusion Tissular Celular Ineficaz □ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz □ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz □ Perfusion Tissular Renal Ineficaz □ Perfusion Tissular Ineficaz □ Troca de Gases Prejudicada □ Ventilação Espontânea Prejudicada □ Volume de Líquidos Deficientes □ Volume Excessivo de Líquidos □ Tontura/Regulação □ Retenção Urinária □ Percepção Sensorial Perturbada □ Percepção Social Prejudicada □ Incontinência Intestinal □ Eliminação Urinária Prejudicada □ Constipação □ Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente orientado verbalizando, interna de meto + caneca. O mesmo estava de resto de cama. Requisido de no andar superior, apresentando fadiga exposta no degrau da escada. Foi imobilizado com conduta media e remessa.

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA			
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS	EXPANSIBILIDADE	PULSO	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> INCÓSCIENTE	<input type="checkbox"/> OTORRAGIA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	<input checked="" type="checkbox"/> SUPEFICIAL	<input type="checkbox"/> FINO	<input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> RINORRÉIA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> OTORRÉIA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> RÍTMICO	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> PUPILAS		
	MURMURIOS VESICULARES	<input type="checkbox"/> ARRÍTMICO	<input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA	<input type="checkbox"/> MIOSE		
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> TORPOR	<input type="checkbox"/> MEDRÍASE		
<input type="checkbox"/> DISPNÉIA	<input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES		
<input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA	<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> NÓRMAL	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES		
<input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA	<input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO	<input type="checkbox"/> RETARDADA	<input type="checkbox"/> RIGIDEZ	<input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<input type="checkbox"/> APNÉIA	<input type="checkbox"/> MACICEZ	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA			

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VARGINAL NORMAL SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÁNULA OROFAINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VÉRICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS:

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *deuvinha* COREN: *1111060* MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *valada* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *lacinton* CRM: _____ MAT: _____

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 00000062542-6

Nr. da Autenticação 23B4EFA2243D5C29



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70701555

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
108.009.405.0049.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12N127130	03/07/2013	EXT LACE	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						10/08/2018
414	421	7	29			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	8	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	8	0	TURBIDEZ	61	61	60
ABR/2018	7	0	CLORO	61	61	61
MAR/2018	6	0	COL. TERMOT.	0	0	0
FEV/2018	7	0	COR	10	61	59
JAN/2018	8	0	COL. TOTAIS	61	61	61
MÉDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
ÁGUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	7 m ³
	37,91
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018-05/2018	1,52
JUROS DE MORA 04/2018-05/2018	0,99
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12	
VENCIMENTO: 26/07/2018	Total a Pagar: R\$ 40,42



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70701555	JUL/2018	26/07/2018	R\$ 40,42

82670000000 1 40420010108 1 07070155501 6 07201850003 2



30 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Isaissa Evelyn Araujo Ferreira,

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, 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 José Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caçapava</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpriatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

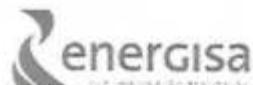
Local e Data: Caçapava - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Isaissa Evelyn Araujo Ferreira

30 OUT. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Retirar para sempre pagamento na conta fiscalizada da energia elétrica N° 012.340.583



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGUES DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2018

14/09/2018

99

21/09/2018

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rotativo: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

21/09/2018

R\$ 92,65

80691-2018-09-0

30 OUT. 2018

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Barbara Evelyn Araujo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José Paulo dos Santos Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar _____.

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

Endereço Bairro Email	Rua José Radovalto de Oliveira Centro unasdpvata@gmail.com	Cidade Cidade	Número 331	Complemento
			Estado Paraíba	CEP 58900-000
		Telefone comercial (DDD) (83) 9981312.66	Telefone celular (DDD) 93,	

Lapazinas-PB 29 de outubro de 2018.
Local e Data

Barbara Evelyn Araujo Ferreira
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos
portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12/06/1997,
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.191-21.864-196
com domicílio na cidade de Lagazinhas, no estado de Paraíba,
onde resido na Rua Sen. Barbosa,
número sn, complemento Multinás

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, Joas Paulo dos Santos Filho,
cujo condutor era Joas Paulo dos Santos Filho.

VEÍCULO: PPS / MOTOCICLE

ANO: 2014

MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR 2015

PLACAS: QFQ 1280 - PB

CHASSI: 9C6KE1930F0012755

DATA DO ACIDENTE: 25/07/2018

Roseli da R. Mômia
Roseli da R. Mômia
ESCREVENTE
AUTORIZADA



Paula Francinete dos Santos
Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Joas Paulo dos Santos Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



30 OUT. 2018



DETTRAN - PB		Nº 011119872132	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	ODG. BENAIARA	PRT	20140600029313-2
1	0103262004-5	00/000000000	2014
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS			
03191286446	QFQ1280/PB		
NOVO	PB	9C6KE1930F0012755	
AS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
YAMAHA/YBR125 FACTOR E		2014	2015
CARRO/VEIC		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
IPVA PAGO EM		23/12/2014	
FAIXA IPVA		VENCIMENTO/QUITACAO	
*****		0	
REMESSA TARIFAS (RS)		PRAZO TOTAL	
*****		23/12/2014	
DATA DE PAGAMENTO			
A.F YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA			
0			
AJAZEIRAS - PB			
15628			
			
29/12/2014			
15628			

SEGURADOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
A MOTORE DE VIA TERRESTRE OU POR GUARDA CARGA APENAS
TRANSPORTADAS QU NAO SEGURO DPVAT

PBNº 011119872132		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2014			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOSSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 922 1204		03191286446 OF01280/PB	
2014 29/12/2014			
I 03191286446		OF01280/PB	
01032620045		YAMAHA/YBR125 FACTOR E	
2014		9 9C6KE1930F0012755	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PREIS (R\$) *****		CUSTO TOTAL (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		TOTAL DO PRÉMIO (R\$) *****	
10F (R\$) SEGURO		P A G O	
PAGAMENTO NOTA ÚNICA		DATA DEQUITAÇÃO 23/12/2014	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.244.588/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
15628-1715255-20141229			

30 OUT. 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180570550**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1767404**

Data e local do acidente: [**25/07/2018**] **CAJAZEIRAS PB**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DO MANGUITO ROTADOR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFEITEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II ATROFIA MUSCULAR DO MANGUITO ROTADOR DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10° DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando

a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180570550 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DO MANGUITO ROTADOR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10º, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II.
AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFEITEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Amputação do 3º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional moderada do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em redução anatômica grave do 3 QDE.
Indenização em grau médio do ombro devido à limitação da mobilidade articular.
Quadros estabelecidos conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'J. Julio'.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 3767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: Operador Têxtil
Endereço: Rua Tenente Barbosa, 50, Nultias, Cajazeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO,
CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substancial e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório – DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.
Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

João Paulo dos Santos Filho.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396447/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

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: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL