



Número: **0800789-16.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO (AUTOR)</b>	<b>TARCISO NOBERTO DA SILVA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34666 973	23/09/2020 15:25	<a href="#"><u>2750486_CONTESTACAO_Anexo_01</u></a>	Outros Documentos

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Franciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Pedro Gencalvares irmão inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.718.334 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Jose Pedro Gencalvares irmão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.718.334 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuperar-se Renda: Recuperar-se e apresento os documentos comprobatórios:  
new person

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	Cidade	Número	Complemento
<u>rua da laide</u>	<u>Guarulhos</u>	<u>669</u>	<u>casa</u>
Bairro		Estado	CEP
<u>meuro</u>		<u>SP</u>	<u>58200-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83 988547532</u>

Guarulhos 04 de Dezembro de 2019  
Local e Data

Franciano Santos Oliveira  
Assinatura do Declarante



KATIA CILENE BATISTA DE ARAUJO  
RUA AMARO GUEDES, 97 - NORDESTE II  
GUARABIRA / PB CEP: 58030000 (AG: 22)

Ligeiro: MONOFÁSICO  
Cle/Sic: RES B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 8 - 22 - 111 - 895  
Medidor: 00000328223

energisa  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km 25 - Cidade Recreio - João Pessoa / PB - CEP: 58107-690  
CNPJ:09.025.832/0001-40 - Insc Est: 16016.022-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 221 844.716  
Cód. para Débito Automático: 30004391778

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	040.450.144-38

UC (Unidade Consumidora):

5/430177-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE: Portaria nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um contato rápido com a empresa. Entre em contato por um dos canais de atendimento a sua

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias					
Data	Leratura	Data	Leratura								
14/03/19	33948	15/03/19	34005		158	22					
<b>Demonstrativo</b>											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	R\$	ICMS/R\$	ICMS/R\$	ICMS/R\$	ICMS/R\$	ICMS/R\$	ICMS/R\$
Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS P/Outras(R\$) ICMS P/Outras(R\$) ICMS P/Outras(R\$) ICMS P/Outras(R\$) ICMS P/Outras(R\$)								0,0000% (4,2999%)			
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,297540	8,82	8,82	27	2,23	8,82	0,00	0,42	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,492850	34,50	34,50	27	9,21	34,50	0,36	1,70	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	59.000	0,794200	42,62	43,62	27	11,78	43,62	0,47	2,15	
0810	Subsídio			43,91	43,81	27	11,25	43,81	0,47	2,17	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			12,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0806	Devolução Subsídio			-29,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação do item TOTAL: 113,81 130,45 35,27 122,85 1,39 8,44  
Tarifa e/ou Tributos: Até 30kWh 0,192600 Até 100kWh 0,390290 Até 220kWh 0,495420

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

144

06/04/2019  
Histórico de Consumo (kWh)

R\$ 113,81

157 | 154 | 121 | 121 | 123 | 105 | 145 | 151 | 158 | 158 | 186 | 154  
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

71f3.5c15.cef.b15c.e1f6.8bba.1ee7.3af5.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,87	0,17
DIC TRIMESTRAL	+1,02	
DIC ANUAL	23,04	NOMINAL
FIC MENSAL	3,42	1,00
FIC TRIMESTRAL	6,95	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE SUPERIOR
DMC	3,46	202
DICR	+1,22	LIMITE SUPERIOR
		221

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefício de Dist. da Energia/F3	22,82	19,13
Carreg. de Energia	22,41	19,39
Serviço de Telecom.	3,21	2,80
Encargo Serviços	1,91	1,67
Impostos, Juros e Encargos	58,88	51,22
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>113,81</b>	<b>100,00</b>

Valor em R\$ (R\$ 113,81)

Faturas em atraso

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,42



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 - GUARABIRA

 FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS /ATENDIMENTO  
 USB 49

## IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
07/19	2359323	João Pedro Gonçalves	44	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DE OCORRÊNCIA		BAIRRO		MÉDICO REGULADOR
F. - Pmario Guedes (via duplicata)		Venda II		Doutor J. P. Gonçalves
Apóio no Local	PM	Resgate/Bombeiros	Resgate/PRF	SPTRANS
QTA	Socorrido por terceiros	Recusou atendimento	Socorrido pelo Bombeiro	Local não encontrado
				Outro

- TEMPO RESPOSTA – HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

 - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA) *A queda de moto*

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	PATOLOGIA (S): _____
<input type="checkbox"/> OUTRO	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
CINEMÁTICA: _____	VACINAS: _____
EXAME FÍSICO	<input type="checkbox"/> TCM <input type="checkbox"/> TRM <input type="checkbox"/> FRATURA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO <input type="checkbox"/> FACE <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO <input type="checkbox"/> QUEDA ALTURA _____ metros

## TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

*Ecchecas em membros Superfície e superfície*

 Dr. Rodrigo Corrêa  
 Ortopedista / Traumatologista  
 CRM-PB 4847 SB016331

 DESTINO Local 1 Complexo Hops. Mangabeira Responsável Dr. Adelio Andrade Função Médico Ortopedista  
 Local 2 \_\_\_\_\_ Responsável \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

## DADOS VITais

 VVAA:  livre  Obstruída / RESPIRAÇÃO:  <30irpm  >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR:  Retardada  Normal / PAS:  90mmHg  
 < 90mmHg / PA: *100/80* PC: *101* FR: *120* TEMPERATURA: *36,50* GLICEMIA: *120* E. COMA: *SPO2: 99*

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

*Evolução do enfermeiro: Paciente consciente, orientado ao local, com ecchecas em membros superfície e superfície, com o braço muito edemato. Fez todo protocolo e trauma e regulados para o hospital Regional a fratura do rádio a ecchecas nos encaminhou para o traum.*

## EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Silvana Rodrigues

ENFERM

COREN: 24

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

 ENFERMEIRO: *Suelio Moreira* COREN: *241433* TÉC. DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

 CONDUTOR: *Suelio Moreira* \_\_\_\_\_ PEC: *João Wesley* \_\_\_\_\_

## RECUA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
028.718.334.35 José Pedro Gonçalves Júnior

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
7 - Profissão:	8 - Endereço:
11 - Bairro:	12 - Cidade:
15 - E-mail:	13 - Estado: 14 - CEP:
16 - Tel. (DDD): 028 9854 7558	

José Pedro Gonçalves Júnior  
Agrônomo  
Verdeza 22  
Guarulhos  
SP 582000-00

DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 48053

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

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.

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 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varíaseco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

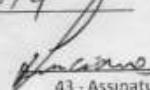
NÃO ALFABETIZADO

  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
040-450-144-39  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
Katia Eilene Batista de Araujo  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Tânciso Andrade da S. Filho  
CPF: 077.518.699-07  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: Thiago Kálio de Alves Silveira  
CPF: 095.466.764-62  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Guarulhos SP 04/11/2019

  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

04/11/2019





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Livro nº 002/2019**

**Ocorrência nº 393/2019**

Ao **OITO** dia do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta **2ª Delegacia Distrital de Guarabira-PB**, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSÍS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **JOSÉ PEDRO GONÇALVES IRMÃO**, brasileiro, solteiro, funcionário público, natural de Araçagi-PB, com 45 anos de idade, nascido aos 04.03.1974, RG 2161205 SSP-PB CPF 028.718.334-35, filho de Manoel Pedro Gonçalves e de Ercília Maria da Conceição, residente a rua Amaro Guedes, 97, Nordeste II, Guarabira-PB.

**A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:** QUE afirma o noticiante que em data de 22.02.2019, por volta das 23:00hs quando o noticiante conduzia o veículo HONDA BIZ 125/ES, COR PREATA, ANO 2013/2014, PLACA OGG-2067-PB, CHASS 9C2JC4820ER006397, RENAVAM 0059518301-8, cadastrada no Detran-PB em nome de ZENILDA GLÁUCIA FÉLIX, ao chegar nas proximidades da Rua Amaro Guedes, Nordeste II, nesta cidade de Guarabira-PB, se deparou com uma carga de brita espalhada ao chão, momento em que o noticiante perdeu o controle do referido veículo vindo cair ao solo; QUE foi socorrido pela equipe do Samu de Guarabira-PB, sendo conduzido para o Hospital conhecido como Trauminha, na cidade de João Pessoa-PB; QUE naquele hospital foi diagnosticado com fratura dos ossos do antebraço tendo sido submetido a tratamento cirúrgico através de osteossíntese onde foi colocado placas e parafusos, tendo sido orientado a retornar ao ambulatório daquele Hospital para continuidade do tratamento e orientações.

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

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



**JOSÉ PEDRO GONÇALVES IRMÃO**

Comunicante

Cristóvão J A Cabral  
Escrivão de Policia  
Mat. 155.704-1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 028.718.334.35 4 - Nome completo da vítima: José Pedro Gonçalves Irmão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Pedro Gonçalves Irmão 6 - CPF: 028.718.334.35  
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Amaro Guedes 9 - Número: 97 10 - Complemento: cura  
 11 - Bairro: Verdade 22 12 - Cidade: Guarulhos 13 - Estado: SP 14 - CEP: 5820000.00  
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 398547598

## 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:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 48053 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

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.

## 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 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 discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 (varascer):  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Kátia Silene Batista de Araújo

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

040-450-144-39

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

Kátia Silene Batista de Araújo

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

38 - 1º | Nome: Tanciso de Souza S. Filho

CPF: 077.519.699-07

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Thiago Kalóis de Souza S. Filho

CPF: 095.466.764-62

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Guarulhos SP 02/11/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190669547  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Pedro Goncalves Irmao  
Endereço do(a) Examinado(a): R Amaro Guedes, 97 Casa  
Nordeste II Guarabira PB CEP: 58200-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2161205  
Data local do acidente: [ 22/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/12/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ ALGUMAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 04/06/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**  Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim**  Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

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 o 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 (\*).

<p><input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</p>	<p><input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p>
<p>b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.</p>	
<p>Região Corporal (Sequela): <b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo</p>	<p>Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo</p>
<p>Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo</p>	<p>Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo</p>

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:  
028-718-334-35 José Pedro Gencalves Júnior

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 83 98854-7558		

José Pedro Gencalves Júnior  
Agricultor Amaro Guedes 97  
Verdeza 22 Guarabira PB 582000-00

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 4805 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (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.

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 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. 39, §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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varíase)  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.



Kátia Eilene Batista de Araújo  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

040-450-144-39  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Kátia Eilene Batista de Araújo  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, Guanabira PB 04/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: Francisco Andrade da S. Filho  
CPF: 077.519.699-07  
K Francisco Andrade da S. Filho

Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: Flávia Karla de Souza da Silva  
CPF: 095.466.764-62  
Flávia Karla de Souza da Silva

Assinatura da testemunha



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 028.718.334.35 4 - Nome completo da vítima: *José Pedro Gonçalves Irmão*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>José Pedro Gonçalves Irmão</i>	6 - CPF: 028.718.334.35		
7 - Profissão: <i>Agricultor</i>	8 - Endereço: <i>Domílio Guedes</i>	9 - Número: 97	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Verdeza 22</i>	12 - Cidade: <i>Guarulhos</i>	13 - Estado: SP	14 - CEP: 5820000.00
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 398547598		

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 48053 (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (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.

## 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 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 discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

*Katia Silene Batista de Araújo*

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

*040-450-144-39*

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

*Katia Silene Batista de Araújo*

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

38 - 1º | Nome: *Tarciso Gonçalves da S. Filho*

CPF: *077.519.699-07*

*Tarciso Gonçalves da S. Filho*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Thiago Kalóis da Silva*

CPF: *095.466.764-62*

*Thiago Kalóis da Silva*

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, *Guarulhos SP 02/11/2019*

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

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

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669547**      **Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Data do Acidente: 22/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 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 PEDRO GONCALVES IRMAO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 0000048051-8**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190669547      Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

Data do Acidente: 22/02/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050139

Carta nº 15183023



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 11



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

---

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669547**      **Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Data do Acidente: 22/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01719/01720 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040860

Carta nº 15214556



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 12



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669547**      **Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Data do Acidente: 22/02/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

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, contados 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 15181374

Pag. 00569/00570 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020285



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 13

# 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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000048051-8

---

Nr. da Autenticação 870D7BA153521938



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 14

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426753/19

**Vítima:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

**CPF:** 028.718.334-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/02/2019

**Titular do CPF:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02**

Documentos de identificação  
Procuração

**JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO : 028.718.334-35**

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](http://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: 02/12/2019  
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 014.864.314-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 15

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Jose Pedro Gencalves irmão  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Selteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2561205 CPF: 028.718.334-35  
Endereço: R. Amaro Guedes, N: 97 B Narendi II

### OUTORGADO:

Nome: Luciano Santos oliveira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado  
Profissão: Lentilheir  
Identidade: 3507382 CPF: 014864334-02  
Endereço: Joça Alencar, N: 669, B. novo

### A ROGO

Nome: Kelly Cilene Batista de Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Selteira  
Profissão: doméstica  
Identidade: 265-4483 CPF: 040450144-38  
Endereço: R. Amaro Guedes N: 97 B Narendi II

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

Jose Pedro Gencalves irmão

### TESTEMUNHAS

#### NOME

RG 3655 889-SSDS/PB CPF: 09546676462

(reconhecer firma por autenticidade)



Friagotacost. ca silva

### ASSINATURA

ASSINATURA

NOME

RG 3137089-SSP/PB CPF: 077.519.694-0

TARCISO VOSCONIO DA SILVA FILHO  
(reconhecer firma por autenticidade)

Local e data

Guarabira-PB 09/09/2019

Local e data

Katia Cilene Batista de Araujo  
(reconhecer firma por autenticidade)

T

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular

Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58250-000 - Fone: (83) 3271-8502

PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

THIAGO KARLOS MARCELINO DA SILVA.....

TARCISO NORBERTO DA SILVA FILHO.....

Em testiúda verdade. Guarabira-PB 09/09/2019 14:49:56

Wardiria Toscano de Sales - Titular

C2019-0038773ENOL-R\$ 19,82 FARPEN-R\$ 0,38 FEPJ-R\$ 3,96 ISS-R\$ 1,00

SELO DIGITAL: AJ036485-000, AJ036485-300

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



T

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular

Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58250-000 - Fone: (83) 3271-8502

PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

KATIA CILENE BATISTA DE ARAUJO.....

Wardiria Toscano de Sales - Titular

C2019-0038783ENOL-R\$ 19,81 FARPEN-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,08 ISS-R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AJ036485-191P

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Wardiria Toscano de Sales  
Tabelaria Pública

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426753/19

**Número do Sinistro:** 3190669547

**Vítima:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

**CPF:** 028.718.334-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/02/2019

**Titular do CPF:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

**JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO : 028.718.334-35**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 04/12/2019  
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 014.864.314-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

\_\_\_\_\_  
RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669547      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO      **Data do acidente:** 22/02/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO  
**físico:** ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO  
SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO ANTEBRAÇO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO  
ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR  
ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 20/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DA CIDADANIA**

DETRAN - PB      N° 010333760406

03850280421

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

SERIAL: 113020002651360

1 0595-0304-8 00/00000000

ZENILDA GLAUCIA FELIX  
RUA JOCA ATAIDE 569  
NOVO  
58200000 GUARABIRA - PB

05869-72216      PLACA: QGE2067/PB

TETO MOTOS LTDA

PLACA ANTES	CHASSI
NOVO      PB	9C2JC4820ER006397
ESPECIE TIPO	
PAS/MOTONETA/NAO APPLIC	
MARCA/MODELO	
HONDA/CG 125 RS	
CAP/HOT/C	CATEGORIA
2 P/124 /- /	PARTIC
COMBUSTIVEL	
ALCO/GASOL	
ANO FAB.	ANO MOD.
2013	2014
COR FUNDIMINANTE	
PRETA	
DISPENSAS	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA	
N.Motor : JC48E2E006397	
0	
GUARABIRA - PB      LOCAL	DATA
36994	13/12/2013
7003781	





Complexo Hospitalar

**MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI

Pl. José Leon G. IRMÃO

### **Laudo Médico**

Paciente vítima de trauma em antebraço resultando em fratura do(s) osso(s) do antebraço, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapt(o)(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

**CID: S52**

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM/PE 2.125 / CRIT/15310

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>  
Número do documento: 20092315251594000000033143320

Num. 34666973 - Pág. 22



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Jose 'PEDE GONÇALVES IRMAO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 45	SEXO: M	COR:	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio</i>				CID <i>S52.4</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
<b>PRINCIPAIS EXAMES</b> <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio</i>					
<b>TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA</b>					
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
<b>RESULTADO BACTERIOLOGIA</b>					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. 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(a) 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:** Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

09/03/19

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

22697454

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA-DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE BARBOSA DOS SANTOS  
RUA JOCA ATAIDE, 669 - B NOVO GUARABIRA PB  
58200-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Baixa	Comum	Industrial	Público	
053.003.565.0096.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y19F304535	15/10/2019	EXT LACR LIGADO	LIGADO			

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (M <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
15	40	25	31			30/12/2019
MIST.	CONS./ANOR.	LEIT.	I	QUALID.	ÁGUA-ANEXO ZD	PORT. 05/2017 MS.
NOV/2019	13			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
OUT/2019	2	30		TURBIDEZ	13	58
SET/2019	2	30		CLORO	64	140
AGO/2019	2	30		COL. TERMOT	0	0
JUL/2019	2	30		COR	13	62
JUN/2019	2	30		COL. TOTAIS	64	70
MEDIA(M)	3			DADOS REFERENTES A: OUT/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 02/12/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 14:19:14	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	37,91	
11 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR M <sup>3</sup>	10 M <sup>3</sup>	48,90	
21 M <sup>3</sup> A 30 M <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR M <sup>3</sup>	5 M <sup>3</sup>	32,25	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M <sup>3</sup> - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	30,33	
11 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 3,91 POR M <sup>3</sup>	10 M <sup>3</sup>	39,10	
21 M <sup>3</sup> A 30 M <sup>3</sup> - R\$ 5,81 POR M <sup>3</sup>	5 M <sup>3</sup>	29,05	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 20,12 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
15/12/2019	R\$ 217,54

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
O EXERCITO BRASILEIRO, POR N.º 00 31 BIM., CONVOCA TODOS OS RE		
SERVISTAS DOS ULTIMOS 5 ANOS A O EXERCICIO DE APRESENTACAO DA		
RESERVA (EXAR/2019), NO PERIODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS		
15:30H.		



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22697454	DEZ/2019	15/12/2019	R\$ 217,54

82650000002 9 17540010053 3 02269745401 9 12201930003 9

