
Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279510

Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200279510

Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000014202-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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 - Telefone:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Itaú

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Ative seu cartão

- ☒ no app itau
- ☒ na internet em itau.com.br
- ☐ em uma agência

Se você não possui cartão provisionado, dirija-se à sua agência



5899 1620 4044 0365

debito

Validade
08/26

JOSE NACACIO DA SILVA FO



mastercard

agência

conta

2918 14202 3

Authorized signature. Not valid unless

Steu

C/E



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 031038.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 031038.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:33 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **JOSE NICACIO DA SILVA FILHO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 02/12/1973, idade 46, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de JOSEFA DAMIANA DA SILVA e JOSE NICACIO DA SILVA, CPF 960.282.894-34, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MOISES POSSIDONIO BORGES, nº 13, bairro CENTRO, na cidade de Caaporã/PB, CEP: 58326000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 20:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Caaporã/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA NXR 160 BROS ESDD/MOD 2019/2019, COR LARANJA, PLACA OGD 0112/PB, CHASSI 9C2KD0010KR15108, em nome de JOSE PEDRO NETO, CPF 70487414497, quando foi pego de surpresa com dois cachorros brigando, atravessaram a rua na frente da moto, perdendo o controle e caiu a solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade, Dou fé


JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

6ACC818B8478DB17D7EED4CBD5D2093

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 031038.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 031038.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:33 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **JOSE NICACIO DA SILVA FILHO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 02/12/1973, idade 46, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de JOSEFA DAMIANA DA SILVA e JOSE NICACIO DA SILVA, CPF 960.282.894-34, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MOISES POSSIDONIO BORGES, nº 13, bairro CENTRO, na cidade de Caaporã/PB. CEP: 58326000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 20:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Caaporã/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA NXR 160 BROS ESDD/MOD 2019/2019, COR LARANJA, PLACA OGD 0112/PB, CHASSI 9C2KD0010KR15108, em nome de JOSE PEDRO NETO, CPF 70487414497, quando foi pego de surpresa com dois cachorros brigando, atravessaram a rua na frente da moto, perdendo o controle e caiu a solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade, Dou fé


JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

6ACC818B8478DB17D7EED4CBD5D2093

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 50/SEP 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 - Telefone:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: 22 - AGÊNCIA: 23 - CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Ative seu cartão

- ☒ no app itau
- ☒ na internet em itau.com.br
- ☐ em lojas eletrônicas do Itau

Se você não possui cartão provisionado, dirija-se à sua agência



5899 1620 4044 0365

debito

Validade
08/26

JOSE NICACIO DA SILVA FO



mastercard

agência

conta

2918 14202 3

Authorized signature. Not valid unless

Steu

C/E

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 50/SEP 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 - Telefone:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Itaú

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

36 - [X] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - [X] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Ative seu cartão

- ☒ no app itau
- ☒ na internet em itau.com.br
- ☐ em uma loja eletrônica do Itau

Se você não possui cartão provisionado, dirija-se à sua agência



5899 1620 4044 0365

debito

Validade
08/26

JOSE NICACIO DA SILVA FO



mastercard

agência

conta

2918 14202 3

Authorized signature. Not valid unless

Steu

C/E

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014202-3

Autenticação:

5771AA20815EE12C557D833BFC58582942391685C00AE658A30FF8BA28D2CB39

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é sujeito a taxa de selo

Salvo para crédito, pagamento de juros, atualização de valores de juros e de multa N° 044.638.249



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.018.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

21/05/2020

CONSUMO

176

VENCIMENTO

28/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 147,62

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

**CAGEPA**

Companhia de Abastecimento de Água e Esgoto de São Paulo
 Rua Manoel Domingos, 220 - Jardim São Pedro - SP
 CEP: 05012-070 - FONE: (11) 3361-1111

CAPACIDADE MÁXIMA

LITROS POR MÊS

10417532

10417532

10417532

10417532

10417532

CONTA DE CONSUMO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

RUBRICACAO DA SILVA

RUA MOISES POSSIDONIO BORGES, 13 - CENTRO CAAPORA

BH 58326-000

Abastecimento	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
10417532 0235 0000	0000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
18F001564	03-09-2018	INT LAUR BILGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
189	211	22	33	20/05/2020

HIST. CONS./ANOS. LEIT. | CORREÇÃO: ÁGUA - ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS.

MAR-2020	12	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV-2020	17	TURBIDED.	0	0	0
JAN-2020	16	CLORO	0	0	0
DEZ-2019	14	PH	0	0	0
NOV-2019	13	CUR	0	0	0
OUT-2019	8	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	12	DADOS REFERENTES A: FEV/2020			

DATA DA IMPRESSÃO: 22/04/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 17:24:40

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TAXA (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 37,21 POR UNIDADE

DE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,50 POR M3

DE 21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 9,17 POR 1 CONSUMIDOR EM 12/04/2020

VENCIMENTO: 07/05/2020

Total a Pagar:

R\$ 60,71

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é sujeito a taxa de selo

Salvo para crédito, pagamento de juros, atualização de valores de juros e de multa N° 044.638.249



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.018.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

21/05/2020

CONSUMO

176

VENCIMENTO

28/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 147,62

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Nicácio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima João Nicácio da S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Nicácio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima João Nicácio da S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Nicácio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Nicácio da S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.894/34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 45a	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 09	LEITO: 133
DATA DE ADMISSÃO: 25/03/2020		DATA DE ALTA: 26/03/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura do Maléolo Medial e Lateral do tornozelo DIREITO</i>				CID S82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial e Lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura bimaléolar de tornozelo direito foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Profenid e dipirona

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (DR. JOCEMIR)

Dr. Klênio F. da Nobrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

26/03/2020
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

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 311558 Atd: Nao Regulad
Data: 25/03/2020
Hora: 21:28:42
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALN
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2020.03.002267

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1711381 Fone: 994050614

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/12/1973 Id: 46 ano(s)

End.: RUA OPERARIA, 0

Bairro: CENTRO Cidade: CAAPORA UF: PB

Mae: JOSEFA DAMIANA DA SILVA

Pai: JOSE NICACIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 994050614 / IDENTIDADE: 1711381

Procedência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: 02%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PCT COM FRT. DE TIBIA

22:05

Pt com historia de ter sofrido que de moto creteta,
tem enfiamento de amigdalite no tornozelo dir.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx tornozelo dir AP: Fratura m m e m

Diagnostico

| Conduta

Fratura exposta tornozelo dir

Prescricao

| Horario da medicacao

1. Ao Be pl ao amigdo de urgencia

Dr. Jocimar Paulino
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM-PB 6973

JACIARA Fernandes Florêncio
Asp. Ortopedia
Id. 70890876
CRM 8907

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

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

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

de José Antonio de Silva Filho
Avaliador de Qualidade / Docentes

Assinatura e Carimbo Médico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Nicácio da Silva Filho</u>				Registro:	
Idade: <u>46a</u>	Sexo: <u>MASC</u>	Cor:	Clínica: <u>ORTOP</u>	EMP:	LR:
Data: <u>25/03/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. JOVENIL</u>			1º Assistente: <u>Dr. VALDEBAN</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Everardo</u>		Tipo Anestesia: <u>Raqui</u>		Horário: I: <u>23:00</u>	T: <u>00:40h</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura bimaléolar tornozelo din.					S82.6
LEXPOSTA - Grau II).					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO.					S82.6.
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Tto cirúrgico trat. bimaléolar tornozelo din.					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pac em DPT, sob raqui anestesia.
2. Assepsia e antisepsia do MB.
3. Prosegu de ferimento ântero-medial no tornado
din cl $\pm 2,5$ cm

Incisão: 4. Realizado debridamento cirúrgico do ferimento do tornado + lavagem exaustiva do foco de fratura (moleto medial) cl 80,9 x 60 mm.

5. Realizada redução + fixação cl OFK (2,0) e 01 parafuso moleolar 40 mm (3,5), sob controle de radiopnia.

Achados: 6. Sutura da pele no ferimento medial
7. Realizado acesso lateral direto (longitudi-
nal) para o 1/3 distal da diáfise da

Conduta: Alula, dissecção por planos, identificação do foco de fratura cl fragmento em asa de borboleta.

8. Realizada redução + fixação cl placa 1/3 tubular 05 furos e fixação cl 04 parafusos corticais 3,5 mm x 18 mm, controle por radiopnia.

9. Sutura por planos.

10. Curativo estéril.

Fechamento:

OBS: Uma broca 2,5 mm quebrou durante tentativa de desuergar a mesma.

Data: 26/03/2020.

MÉDICO CRM

JOCEM
FAMM
CRM PB-69

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

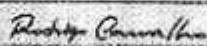
Resultados de Exames Complementares: Exame f.

Hipóteses Diagnósticas: Exatosa de TNR (D), maloclusão medial, maloclusão lateral.

Conduta: Exatosa + Internos

D. Jocemir
MR3 Valdeir

David Pierre L. Matias
Médico
CRM-RN 6940

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CERTIFICADO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENTIFIC. DE 3523718 EDO. PR
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	PERMITE ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
RENUNCIÓ	REC. 000000 CAT. 25
Nº RENUNCIÓ 0180126966	VALIDADE 16/01/2019 1ª HABILITAÇÃO 29/06/2001
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014	
 66588356744 ASSINATURA DO DETENTOR 92027219595	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PRÉMIUM PLASTIFICAR
894056231

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P-43



322 Nicácio da Silva Filho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1711381 DATA DE EMISSÃO 05 MAI 1992

NOME JOSÉ NICÁCIO DA SILVA FILHO

Nome JOSÉ Nicácio da Silva

RELACÃO Josefa Damiana da Silva

Pedras de Fogo-PB 02.12.1973

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3.349. Fls. 16. vº.

05. Cart. Pedras de Fogo-PB.

ELABORADO POR: [Assinatura]

LEI Nº 11.667/91



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO (CPF)

960282834 34

Nº DE INSCRIÇÃO

960

282

894

34

NOME COMPLETO

JOSE

NICÁCIO

DA

SILVA

FILHO

NASCIMENTO

02-12-73

DATA

José Nicácio da Silva Filho

VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P-43



322 Nicácio da Silva Filho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1711381 DATA DE EMISSÃO 05 MAI 1992

NOME JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Nome José Nicácio da Silva

RELACAO Josefa Damiana da Silva

Pedras de Fogo-PB 02.12.1973

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.3.349.Fls.16.vº.

05.Cart.Pedras de Fogo-PB.

ELABORADO POR: [Signature]

LEI Nº 11.667/91



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO (CPF)

960282834 34

Nº DE INSCRIÇÃO

960

282

894

34

NOME COMPLETO

JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

NASCIMENTO

02-12-73

DATA

Jose Nicacio da Silva Filho

VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CERTIFICADO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO DE 3523718 EDO: PB
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	PERMITE ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	PERMITE RACIA CAT. 02
Nº RENOVADO 0180126966	VALIDADE 16/01/2019
1ª EMISSÃO 29/06/2001	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 17/01/2014	
Assinatura do Autorizador 66588356744	
66027219595	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PRÉMIUM PLASTIFICAR
894056231

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA DELEGADA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P-43



322 Nicácio da Silva Filho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1711381 DATA DE EMISSÃO 05 MAI 1992

NOME JOSE NICÁCIO DA SILVA FILHO

Nome José Nicácio da Silva

RELACAO Josefa Damiana da Silva

Pedras de Fogo-PB 02.12.1973

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.3.349.Fls.16.vº.

05.Cart.Pedras de Fogo-PB.

ELABORADO POR: [Assinatura]

LEI Nº 11.667/91



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO (CPF)

960282834 34

Nº DE INSCRIÇÃO

960

282

894

34

NOME COMPLETO

JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

NASCIMENTO

02-12-73

DATA

Jose Nicacio da Silva Filho

VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200279510 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Alceu Roldão de Aguiar, 13 bairro Centro Município de Itapecuru Estado de (o) PR Cep. 960.282-894-34 portador(a) do Rg nº 3.133.383 SSP/ PR e CPF nº 960.282.894-34

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Gen. F. Costa Duarte, 157 bairro St. M. G. B. B. Município de Itapecuru Estado de (o) PR Cep. 58056-384 portador (a) do RG nº 262.748 SSP/ PR e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE NICACIO DA SILVA FILHO ocorrido em 25.03.20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imvelidez

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

João Pessoa 12 de Junho de 2020.

X. Jose Nicacio da Silva Filho
Outorgante
CPF Nº 960.282.894-34
ARTORIC
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTEIRO
VB 1º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-018768
Reconheço por autenticidade a firma de
JOSE NICACIO DA SILVA FILHO
Doutor, em testemunha de verdade, João Pessoa - PB, 12/06/2020 10:44:03
EMOL: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 TARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJYB470B-600X
Confira a autenticidade em <http://selo.digisil.tpb.pb.gov.br>

MARICLEIDE ALEXANDRE DA SILVA MORAIS - ESCRIVENTE AUTO



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Alceu Roldão de Aguiar, 13 bairro Centro Município de Itapecuru Estado de (o) PR Cep. 960.282-894-34 portador(a) do Rg nº 3.133.383 SSP/ PR e CPF nº 960.282.894-34

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Gen. J. Costa Duarte, 157 bairro St. M. G. B. B. Município de Itapecuru Estado de (o) PR Cep. 58056-384 portador (a) do RG nº 262.748 SSP/ PR e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE NICACIO DA SILVA FILHO ocorrido em 25.03.20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imvelidez

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

João Pessoa 12 de Junho de 2020.

X. Jose Nicacio da Silva Filho
Outorgante
CPF Nº 960.282.894-34
ARTORIC
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTEIRO
VB 1º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-018768
Reconheço por autenticidade a firma de
JOSE NICACIO DA SILVA FILHO
Doutor, em testemunha de verdade, João Pessoa - PB, 12/06/2020 10:44:03
EMOL: R\$ 10,22 FEP: R\$ 2,04 TARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJYB470B-600X
Confira a autenticidade em <http://selo.digisil.tpb.pb.gov.br>

MARICLEIDE ALEXANDRE DA SILVA MORAIS - ESCRIVENTE AUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171372/20

Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

CPF: 960.282.894-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE NICACIO DA SILVA FILHO : 960.282.894-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/06/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219360/20

Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

CPF: 960.282.894-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE NICACIO DA SILVA FILHO : 960.282.894-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/08/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA