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

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053
Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO
Data do Acidente: 03/05/2019
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00855/00856 - carta_03 - INVALIDEZ
00070428

Carta nº 14614181

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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053 **Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO**

Data do Acidente: 03/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 15/05/2019, emitida pelo Dr. LUCAS SUASSUNA CAETANO , CRM nº 11171 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DR.AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00671/00672 - carta_31 - INVALIDEZ
00010336

Carta nº 14680763

Seguradora LÍDER

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:
02465321/19	713.233.064-04	Robson Crespim Machado

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Robson Crespim Machado — 6 - CPF: 713.233.064-04

7 - Profissão: Garçom — 8 - Endereço: Sítio Varja de Ricardo — 9 - Número: S/N — 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural — 12 - Cidade: Catolé do Rocha — 13 - Estado: PB — 14 - CEP: 58.884-000

15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): (84) 99666-8044

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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0585 (1) CONTA: 38.748 (7)
(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 a 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 prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 (foi nascer)? ☐ Sim ☐ Não — 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não — 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS

40 - Local e Data: Catolé do Rocha - PB, 22 de junho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Robson Crespim Machado

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Anita Ramyse de M. T. G. Mendes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/06/2019 - Autoatendimento - 11:49:10
058570912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ROBSON CRESPIM MACHADO
AGENCIA:	0585-1
CONTA:	38.748-7
VARIACAO	51
VALOR *	10,00
NR. ENVELOPE	2.719.581.252

* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

LIFE ASSESSORIA
22 JUL. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Seguradora LÍDER

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:
00289721/20	713.233.064-04	Robson Crespim Machado

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Robson Crespim Machado			713.233.064-04
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Sítio Varzea do Roçado	SN	—
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona rural	Catolé do Rocha	PB	58884-000
15 - E-mail: totalseguroscatole@hotmail.com			16 - Tel.(DDD): (83)996182554

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0585 (1) CONTA: 38748 (7)
(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 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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (ainascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão Digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catolé do Rocha PB, 03 de janeiro de 2020.

Robson Crespim Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/06/2019 - Autoatendimento - 11:49:10
058570912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ROBSON CRESPIM MACHADO
AGENCIA:	0585-1
CONTA:	38.748-7
VARIACAO	51
VALOR *	10,00
NR. ENVELOPE	2.719.501.252

* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informacões.

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de Catolé do Rocha

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0521/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE MOTO**
Data do fato: **03/05/2019** hora: **19h12min**

Notificante: **ROBSON CRESPIM MACHADO,** alcunha " ", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Vitoria-ES, nascido em 04/04/2001, documento: CPF Nº 713.233.064-04, RG Nº 4.453.227-SSP/PB, filho de Girlane Santana Crespim e de José Roberto Vieira Machado, endereço: Sítio Varzea do Roçado, neste Municipio, referência: 83-99942-6231.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: ALARICO DA ROCHA

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***, nascido em / / , cor/raça: *******, Estado Civil: **********, Profissão: , Escolaridade: *******, documento: , filiação: e de , endereço: ***** , referência: . Tel/Cel:( ) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE,em data de 03/05/2019, por volta das 19h12min aproximadamente, conforme Ficha medico/ambulatorial do Hospital regional de Catole do Rocha-PB, e declaração da diretora Geral do Hospital, deu entrada este notificante vitima de acidente de moto, quando guiava a moto de marca YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, de cor vermelha, ano/modelo 2014/2015, de placas QGB-9G20(Mercosul)Brasil, registrada em nome deste notificante, onde este notificante saiu de seu local de trabalho para colocar créditos em seu celular, e no retorno quando passva nas imediações da clinica de Dr. Ilan, foi surpreendido por uma outra moto que colidiu na lateral direita deste notificante, onde veio a solo, devido aos ferimentos este notificante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital local onde recebeu os primeiros socorros.Por esse motivo comunica o fato e pede providencias. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 18 de junho de 2019. Às 16:30 horas.

Robson crespim machado
☒ Notificante ☐ Testemunha A rogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0

8ª Delegacia Regional de Polícia Civil - Catolé do Rocha -

Seguradora LÍDER

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:
00289722/20	713.233.064-04	Robson Crespim Machado

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Robson Crespim Machado			713.233.064-04
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Sítio Várzea do Roçado	91	—
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona rural	Catolé do Rocha	PB	58884-000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):
totalseguroscatole@hotmail.com			(83)996182554

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ 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: 0585 (1) CONTA: 38748 (7)
(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 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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (ainascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catolé do Rocha PB, 03 de janeiro de 2020.

Robson Crespim Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ROBSON CRESPIM MACHADO
SIT VARZEA DO ROCADO, S/N - AREA RURAL
CEP 58884000 - CATOLE DO ROCHA / PB

energisa
CIDADE NA SUA ENERGIA

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.095.183 / 0001-49 Insc.Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº 026.276.186

Classe/Subcls.: RURAL/RURAL RESIDENCIAL / MONOFÁSICA
Roteiro: 017-0245-157-0533
Nº do Medidor: 00001418639
Referência: JUN/19
Emissão: 10/06/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta
0800 083 0196 ligação gratuita
Acesse: www.energisa.com.br

UC - UNIDADE CONSUMIDORA
5/1346290-8

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração de interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões exigem providências (explicação do erro e compensação). É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

CANAL DE CONTATO

DADOS DO CLIENTE
ROBSON CRESPIM MACHADO
SIT VARZEA DO ROCADO S/N
CATOLE DO ROCHA
CNPJ/CPF/RAMI 71323306454

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TOTAL		

ANTERIOR		ATUAL			
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
					0

CONTA REFERENTE A
JUN/19

APRESENTAÇÃO
10/06/2019

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. Pis/Cofins (R$)	PIS (R$) (%)	COFINS (R$) (%)
	LANCAMENTOS E SERVICOS									
0908	PARCELAMENTO DE DEBITO 00/0			90,80						
CCI: Código de Classificação do Item			Total:	90,80	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00

ATENÇÃO
NEGOCIAÇÃO DE DÍVIDA
PARCELA À VISTA REFERENTE À NEGOCIAÇÃO DE DÉBITO Nº 177 / 51306
O CONTRATO SÓ TERÁ VALIDADE APÓS O EFETIVO PAGAMENTO DESTE DOCUMENTO.
CASO O PAGAMENTO NÃO SEJA EFETIVADO, O CONSUMIDOR ESTARÁ SUJEITO AO CANCELAMENTO DO CONTRATO E A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA.

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
10/06/2019

TOTAL A PAGAR
R$ 90,80

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Reservado ao FISCO

ca45.ffb7.2597.2ceb.8fd3.508a.ddb5.17bd

DESTAQUE NOTA

energisa
CIDADE NA SUA ENERGIA
Paraíba

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
10/06/2019	R$ 90,80	7945044-2019.06-0

ROBSON CRESPIM MACHADO
Roteiro: 017-0245-157-0533
83690000000-8 90800054000-9 79250442019-3 06000245019-9

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112087900000024093742
Número do documento: 19100110112087900000024093742

NOVA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se do periciando **ROBSON CRESPIM MACHADO**, portador do CPF: 713.233.064-04, 18 anos, vítima de acidente de trânsito no dia 03 de maio de 2019, b.o nº 521/2019, no município de Catolé do Rocha-PB.

O paciente foi socorrido ao Hospital Regional de Catolé do Rocha/PB, apresentando escoriação em face, em membros inferiores, trauma contuso em região mandibular, trauma córtico contuso em pé direito com fratura exposta de hálux direito.

Na ocasião, a paciente foi submetida a limpeza cirúrgica e rafia da lesão. Tratamento conservador da fratura.

Paciente apresenta cicatriz em pé direito. Apresenta deformidade em pé direito associado a residual, com rigidez muscular e limitação para realizar a extensão e flexão do membro, além de dor que piora ao deambular. Apresenta ainda claudicação na articulação temporomandibular associado a dor e limitação para mastigar.

Do exposto, concluímos que há limitações funcionais severas, além de dor crônica, em decorrência das lesões sofridas do acidente.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Jr.
Médico
CRM-PB: 8790

Sousa, dia 09/01/2020.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
Médico – CRM 8790

Rua Tabelião Antônio de Holanda, s/n, centro, Cajazeiras – PB. Tel.: (083) 99371-7003.
Email: carlosoliveiramd@outlook.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
23/05/19	25	Paciente em óbito usuário.	78	☒ MASC. ☐ FEM.

LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR
R.: Dep. Américo Maia	Boa Vista	

APOIO NO LOCAL: ☒ SAMU ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

VTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTROS:

TIPO DE AGRAVO

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

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES _____
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS: _____

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

Dr. Lucas Siqueira Caetano
MÉDICO
CRM/PB 11171

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colapso total x total.

DADOS VITAIS

VIA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 170x80 FC: 92 FR: 18 TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: 15 SpO2a/O2 98 SpO2p/O2 _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA	☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar ineficaz
☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Disreflexia Autônoma	☐ Perfusão Tissular Gastrintestinal Ineficaz
☐ Comunicação Verbal Prejudicada	☐ Dor Aguda	☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz
☐ Confusão Aguda	☐ Hipertermia	☐ Termorregulação Ineficaz
☐ Deambulação Prejudicada	☐ Hipotermia	☐ Troca de Gases Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído	☐ Integridade da Pele Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
☐ Náusea	☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Volume de Líquidos Deficientes
☐ Constipação	☐ Medo	☐ Volume Excessivo de Líquidos
☐ Incontinência Intestinal	☐ Intolerância a Atividade	☐ Retenção Urinária
☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Percepção Sensorial Perturbada
☐ Padrão Respiratório Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	☐ Interação Social Prejudicada
☐ Outros _____		

INTERVENÇÕES

AL Imobilização cervical, colar cervical rígido + aferição SSVV + MVPC/SF 0,9%.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente comatoso, ausência de sinais vitais de colapso total x total operacional encaminhado em VMT. Foi protocolo MVPC/SF 0,9% e enc. ao IML.

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPIM MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sitio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

HRC HOSPITAL REGIONAL

Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha – PB

GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Sr.(a) Robson Crispim Machado

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente acima citado foi atendido no dia 03/05/19 às 19:12 hs vítima de acidente de motocicleta apresentando escoriações de punho e fratura de prodedáctilo direito

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MÉDICO
CRM/PB 17RM - Carimbo
Médico

ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAÍBA | viva o trabalho.

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **ROBSON CRESPIM MACHADO**
Mae: GIRLANE SANTANA CRESPIM
Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao: ESTUDANTE
Endereco SITIO VARZEA DO ROÇADO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)99856-5424
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306
CNS: 165-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 03/05/2019 19:12:26 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 77009 23876

SPO 2: 98 FC: 92 TEMP.: _____ HGT: _____ PA: 120x10

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Raio x de pé, tornozelo, perna, joelho e fêmur D de face
Raio x de face

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 128

1) Dipirona 1g IV + AD 5x 17:00
2) Dexametasona 4mg IV + AD 5x
3) Cefalotina 1g IV + AD 5x
Deltaxtime + Soro NaCl 0,9% (Compensar)
Nada fino [illegible] 4/4h
Ond 4/4h

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO acidente de motocicleta

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
[ ] 1 PRESCRITA	[ ] OBSERVAÇÃO	[ ] RESIDÊNCIA	[ ] INTERNAÇÃO	
[ ] 2 APLICADA	[ ] OUTRO HOSPITAL	[ ] ÓBITO	[ ] OUTROS	

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9	
2 -											
3 -											

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns
LEONARDO SUASSUNA CAETANO - 11171 PB - 111-1111-1111-1111
CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL
Polegar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Renata

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
02.05.19	19:20	PC adulto trazido pelo SAMU de Cabo Frio, vitima de acidente de moto, apresentando fratura em 1º dedo do pé D, ferida em sola, foi realizado sutura + curativo + medicação e encaminhado ao ambulatório. Aguarda observação na sala vinte. —	
04.05.19	13:45	Paciente obito sem queixa, foi liberado pelo medico —	

Gildecácio Franklin de Oliveira
ENFERMEIRO
COREN-RJ

SINAIS VITAIS

Data	Hora	PA	Spo2	FC	FR	HGT	Temp.

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPIM MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sitio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

RENATA

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO Leito: _____

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
02.05.19	19:20	Pl adulto Trazido pelo SAMU de Cabedelo - PB, Vitima de acidente de moto, apresentando fratura em 1º dedo do pé D, usando sandália, Foi realizado curativo + imobilização com tala gessada e encaminhado a ambulatório. Aguardando observação na Sala Verde.	Gildecácio Franklin de Oliveira ENFERMEIRO COREN/PB 541....
03.05.19	13:45	Paciente Robson sem queixas, foi liberado pelo medico	

SINAIS VITAIS

Data	Hora	PA	Spo2	FC	FR	HGT	Temp.

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743
Número do documento: 19100110112220900000024093743

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPIM MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sitio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743
Número do documento: 19100110112220900000024093743

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA – PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
03/05/19	25	Robson Henrique Pereira Nascimento	18	☑ MASC. ☐ FEM

LOCAL DA OCORRÊNCIA	BAIRRO	MÉDICO REGULADOR
Av. 328 Bueno Maia	Botafogo	

APOIO NO LOCAL: ☐ SIM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTROS:

TIPO DE AGRAVO

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

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES _____
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS: _____

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

Dr. Lucas Sussuna Caetano
Médico
CRM/PB 11171

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Colisão moto x moto.

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 12x8 FC: 92 FR: 18 TEMP: _____ ºC- GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: 15 SpO2a/O2: 98 SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- ☐ Ansiedade
- ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída
- ☐ Comunicação Verbal Prejudicada
- ☐ Confusão Aguda
- ☐ Deambulação Prejudicada
- ☐ Débito Cardíaco Diminuído
- ☐ Náusea
- ☐ Constipação
- ☐ Incontinência Intestinal
- ☐ Eliminação Urinária Prejudicada
- ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
- ☐ Outros _____
- ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA
- ☐ Disreflexia Autônoma
- ☐ Dor Aguda
- ☐ Hipertermia
- ☐ Hipotermia
- ☐ Integridade da Pele Prejudicada
- ☐ Integridade Tissular Prejudicada
- ☐ Medo
- ☐ Intolerância a Atividade
- ☐ Mucosa Oral Prejudicada
- ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
- ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz
- ☐ Perfusão Tissular Gastrintestinal Ineficaz
- ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz
- ☐ Termorregulação Ineficaz
- ☐ Troca de Gases Prejudicada
- ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
- ☐ Volume de Líquidos Deficientes
- ☐ Volume Excessivo de Líquidos
- ☐ Retenção Urinária
- ☐ Percepção Sensorial Perturbada
- ☐ Interação Social Prejudicada

INTERVENÇÕES

AP Imobilização cervical, colar Philadelphia rígido + aferição SSVV + SNP c/SF 0,9%.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado vítima de colisão moto x moto apresentando escoriações em MMII. Feito protocolo SSVV + SNP c/SF 0,9% e encaminhado ao HRCM.

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:24
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112346700000024093744
Número do documento: 19100110112346700000024093744

HRC HOSPITAL REGIONAL

Estado da Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catolé do Rocha – PB

GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Sr.(a) Rebecca Crispim Machado

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente acima citado foi atendido no dia 03/05/19 às 19:12 hs vítima de acidente de motocicleta apresentando escoriações de pano e fratura de prodedáctilo direito

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MÉDICO
CRM/PB 17...
Médico - CRM - Carimbo

SANT ANA GRÁFICA - FONE: (83) 99113-4295

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:25
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112474200000024093746
Número do documento: 19100110112474200000024093746

ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAÍBA | viva o trabalho

CNES: 2592486 CNPJ: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **ROBSON CRESPIM MACHADO**
Mae: GIRLANE SANTANA CRESPIM
Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao: ESTUDANTE
Endereco SITIO VARZEA DO ROÇADO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)99856-5424
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306
CNS: 165-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 03/05/2019 19:12:26 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 77009 23676

SPO 2: 98 FC: 92 TEMP.: _____ HGT: _____ PA: 170x90

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Raio x de pé, tornozelo, perna, joelho e fêmur D. Raio x de tórax

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 128

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO acidente de motocicleta CID-10

MEDICAÇÃO
- [ ] 1.PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0301060029									
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns CBO
LUCAS SOUSSUNA CAETANO - 11171 PB - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL Polegar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.453.227 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/2016

NOME ROBSON CRESPIM MACHADO

FILIAÇÃO JOSÉ ROBERTO VIEIRA MACHADO
GIRLANE SANTANA CRESPIM

NATURALIDADE VILA VELHA-ES

DATA DE NASCIMENTO 04/04/2001

DOC ORIGEM NASC.N.75220 FLS.244 LIV.A-122
CARTORIO VITORIA-ES

CPF 713.233.064-04

A +

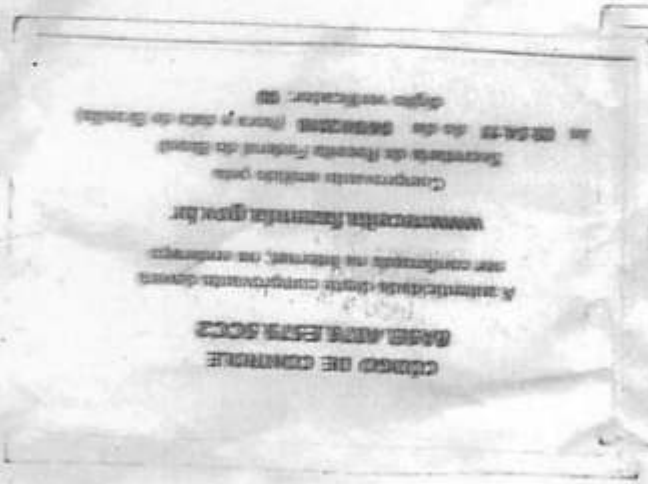
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

P-145

Robson crespim machado.

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.233.064-04

Nome

ROBSON CRESPIM MACHADO

Nascimento

04/04/2001

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112854300000024093755
Número do documento: 19100110112854300000024093755

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

OUTORGANTE:

Nome: Robson Crespim Machado
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4 453 227
CPF: 715.233.064-04
Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Várzea do Roçado, zona rural, município de Catolé da Rocha - PB.
Data do Acidente: 03 / 05 / 19

Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere **PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:**

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, **ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA**, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, **com o FIM ESPECIAL de requerer a indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;**

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo àqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Serviços de Resgate e à quaisquer **Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Serviços de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações,** onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

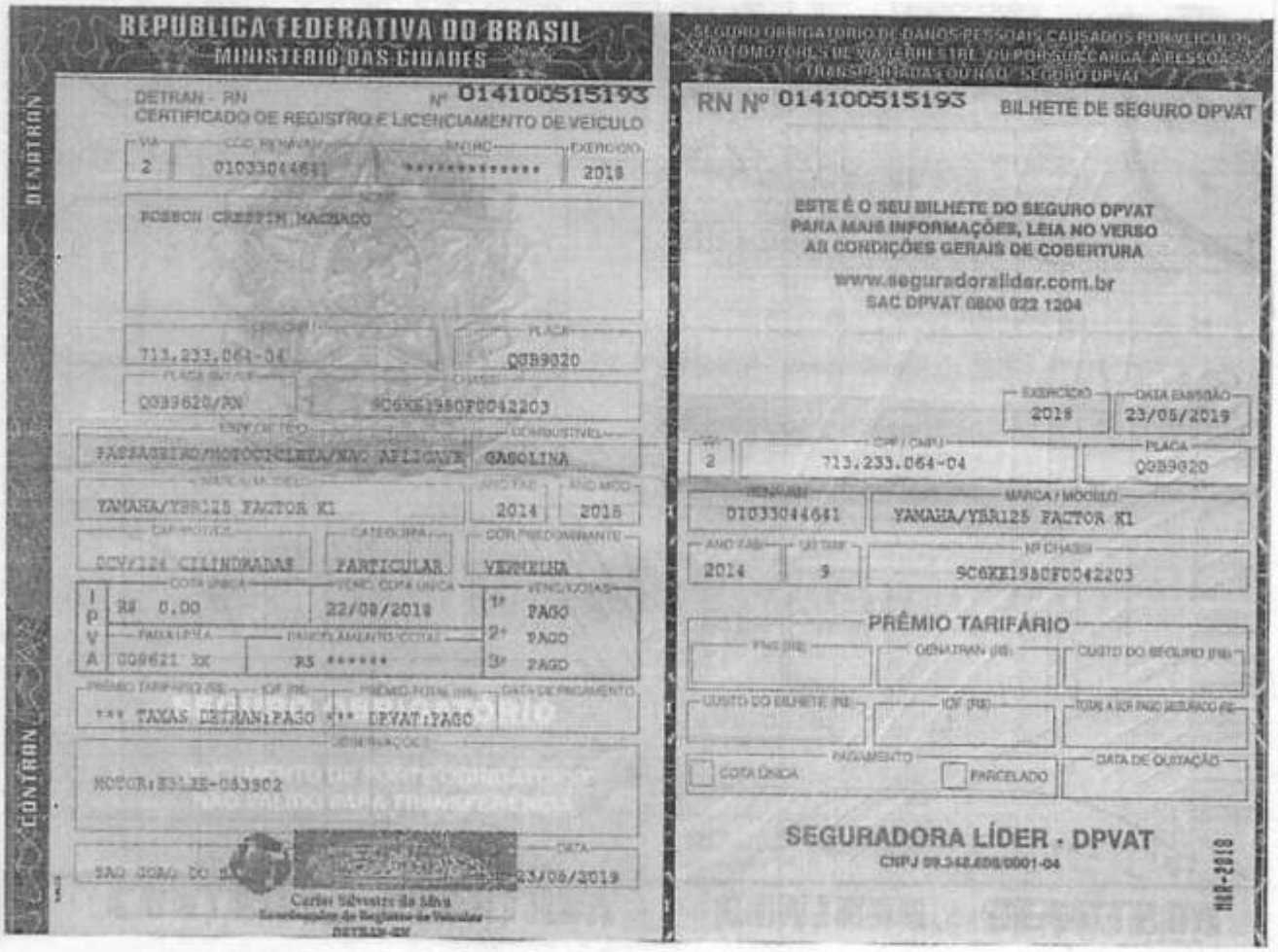
5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: X _____

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Selo Digital: AJP28357 - JKAF
Consulte a autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014100515193
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 2 | CÓD. RENAVAM: 01033044641 | MUNICÍPIO: ********** | EXERCÍCIO: 2019

NOME: ROBSON CRESPIM MACHADO

CPF/CNPJ: 713.233.064-04 | PLACA: QQB9020

PLACA ANT.: QQB9020/RN | CHASSI: 9C6KE1980F0042203

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 | ANO FAB.: 2014 | ANO MOD.: 2015

CAP. MOTOR: 0CV/124 CILINDRADAS | CATEGORIA: PARTICULAR | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: R$ 0,00 | VENC. COTA ÚNICA: 22/08/2019 | VENC./COTAS: 1ª PAGO, 2ª PAGO, 3ª PAGO

PAGA IPVA: QQB621 3X | PARCELAMENTO/COTAS: R$ ******

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): *** TAXAS DETRAN:PAGO *** DPVAT:PAGO | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): | DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: MOTOR:E3L3E-083902

DATA: SÃO GONÇALO DO A... 23/08/2019

Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN Nº 014100515193 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 | DATA EMISSÃO: 23/08/2019

VIA: 2 | CPF / CNPJ: 713.233.064-04 | PLACA: QQB9020

RENAVAM: 01033044641 | MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB.: 2014 | UF DMV: 9 | Nº CHASSI: 9C6KE1980F0042203

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNG (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SER PAGO/SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

NOR-2018

Seguradora LÍDER

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29696

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro dos 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[2].

[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 Renata Ramyra de Marques Teixeira e Garcia Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Robson Crespim Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.233.064/04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima _____,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: Rua dos Pereiros		Número: 23	Complemento: casa 11
Bairro: Costa e Silva	Cidade: Mossoró	Estado: RN	CEP: 59.625-360
E-mail: renatateixeira@hotmail.com			Tel.(DDD): (84) 999666-8014

Local e Data: Catolé do Rocha – PB, 18 de junho de 2019

Renata Ramyra de Marques Teixeira e Garcia Medeiros
Assinatura do Declarante

LIFE ASSESSORIA
22 JUL. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

DLDRL001 V001/2017

LIFE ASSESSORIA
02 AGO. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:
Nome: Rebson Cassiano Machado
brasileiro(a), data do acidente: 03/05/2019 cobertura: Invalidez
estado civil: Solteiro profissão: Gaseom
Portador(a) do RG nº 4.453.237 e CPF nº 713.233.064-04
Residente e domiciliado na(a): Sítio Horizonte de Baixo
nº S/N bairro: Zona Rural município: Catolé do Rocha
estado: Paraíba CEP: 58-884-000.

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS, brasileira, solteira, advogada OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749 – SSP/RN e CPF nº 075.949.294-89 com escritorio profissional na Rua dos Pereiros, 23, Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN. CEP 59.625-360.Telefone: (84) 99666-8044 – email: renataramyra@hotmail.com

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Catolé do Rocha / PB, 19 de junho de 2019.

x Rebson cassiano machado
OUTORGANTE

Selo Digital: AIT39501 - Z6DR
Consulte a autenticidade em
https://selodigital.tjpb.jus.br

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

OUTORGANTE:

Nome: Robson Crespim Machado
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4 453 227
CPF: 715.233.064-04
Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Várzea do Roçado, zona rural, município de Catolé da Rocha - PB.
Data do Acidente: 03 / 05 / 19

Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere **PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:**

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, **ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA**, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, **com o FIM ESPECIAL de requerer a indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;**

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo àqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Serviços de Resgate e à quaisquer **Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Serviços de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações,** onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: X _____

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Selo Digital: AJP28357 - JKAF
Consulte a autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246532/19

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do acidente: 03/05/2019

CPF: 713.233.064-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON CRESPIM MACHADO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO
CPF: 713.233.064-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028972/20

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do acidente: 03/05/2019

CPF: 713.233.064-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON CRESPIM MACHADO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Documentos de identificação
Procuração

ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO
CPF: 713.233.064-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439053 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - (PÁG 3).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053 **Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO**

Data do Acidente: 03/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00461/00462 - carta_01 - INVALIDEZ
00030231

Carta nº 14606875