



Número: **0800410-76.2017.8.15.0441**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conde**

Última distribuição : **28/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36514420	11/11/2020 10:04	2763271_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10292503

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170011149 ASL-1192219/16
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01493/01494 - carta_01



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10308916

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro: 3170011149 ASL-1192219/16
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00439/00440 - carta_02



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10447997

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro: 3170011149 ASL-1192219/16
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 0000046926-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01043/01044 - carta_15R



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170011149 - 1
Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): BARRA DO GRAMAME nº 00 - GRAMAME - CONDE/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1847769 - SSP
Data local do exame: 20/01/2017 JOAO PESSOA/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELOTE DOS OSSOS DA PERNA TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PARA 02/02/2017. DESENVOLVEU SEQUELA CRÔNICA, PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA-INFECÇÃO CRÔNICA. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 20/01/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:04:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110041335600000034858275>

Número do documento: 20111110041335600000034858275



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.847.769 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 18/09/2016

CPF 00080599422 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OMENHO

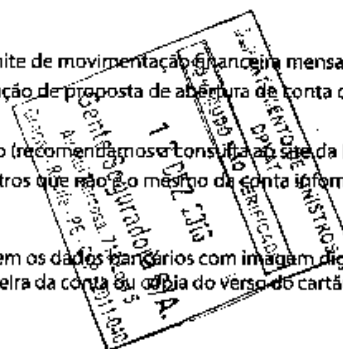
AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2108 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46926-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu e Simplicio S de Rezende de 2016 LOCAL E DATA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Francisco de Assis Borges da Silva



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CORRESPONDENTE DO BANCO UNIBANCO S.A.
LUIZA RIQUEZA SANTOS 9101543472
AV. CRUZ DAS ARMAS 635
TERMINAL USO RESERVA DATA 29/11/2016
DATA: 25/11/2016 HORA DE BRASILIA: 11:59

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

FRANCISCO DE ASSIS JURELS DA S 11:59HR
AGENCIA 2100 CTA 0089926-2 29/NOV/2016

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE

TOTAL DE RESERVAS

VALOR DISP. + INVEST

MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

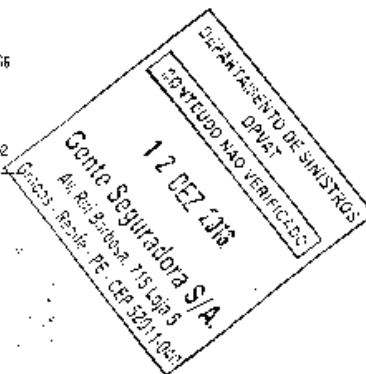
NOVEMBRO 2016

DATA	DESCRIÇÃO	H. DOCTO	VALOR
29	SALDO ANTERIOR		
	DEP. DINHEIRO CB 2180876		
	SALDO TOTAL		

PG. BRUNESCO - 2100 - DIAZ DAS
ARMAS - UF
CORRESP. BANCO - 079 - 12 CONEXÕES DE
ARM. MILITAR
NSU: 026968437537 AUTENTICAÇÃO: 144966

BRUNESCO
3880 127 9933

NSU REDE: 052015 HORA REDE: 11:59:12



DECLARAÇÃO

Eu, FRANCISCO DO ASSIS BORGES DA SILVA
Portador (a) do RG nº 1.847.769, e do CPF nº 000.805.994-27,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: BRADESCO,
e a conta de minha titularidade nº 46.926-2, agência nº 2108,
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Francisco Assis Borges da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Secretaria da
Segurança e Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04798.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04798.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 09:30 horas, compareceu **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Autônomo, naturalidade Santa Rita/Paraíba, data de nascimento 03 de Junho de 1974, idade 42, filiação Ana Maria da Conceição e Severino Borges da Silva, Documento - CPF: 000.805.994-27, residente Rua Projetada, SN[NÃO INFORMANDO], GRAMAME, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98616-3412.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Valentina de Figueiredo, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 09/02/16 17:55

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 09/02/16, por volta das 17:55h, quando atravessava a Rua Sergio Vieira de Melo, no conjunto Valentina de Figueiredo, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelado por uma motocicleta de placa não identificada, tendo o notificante sofrido fratura exposta dos ossos da perna direita, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.692-3

João Pessoa (PB) 25 de Outubro de 2016
Francisco de Assis Borges da Silva
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Noticiante



Procedimento: 04798.01.2016.1.00.400



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco de Assis Borges da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.847.769 e inscrito no CPF/MF sob o nº 000.805.994-27 residente e domiciliado na BARRA DE GRAMAMU - S/Nº GRAMAMU Cidade- CONDE, Estado PARANÁ, 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:

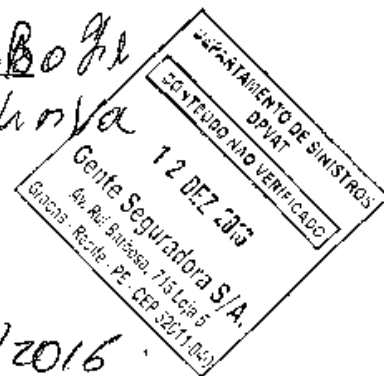
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco de Assis Borges da Silva

Assinatura do declarante duarte
conforme documento de identificação



João e Limp/PE 05/12/2016

Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

NOME:
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
MATRÍCULA

0703910155 1974 1 00006 174 0012484 81

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO): três de junho de um mil novecentos e setenta e quatro DIA 03 MÊS 06 ANO 1974

HORA DE NASCIMENTO: 05:15 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: Santa Rita-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO: Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB LOCAL DE NASCIMENTO: Hospital e Mat. Gov. Flavio Ribeiro Coutinho SEXO: masculino

FILIAÇÃO: SEVERINO BORGES DA SILVA e ANA MARIA DA CONCEIÇÃO

AVÓS: PATERNO(S): Martiniano Borges da Silva e Maria Galdino da Conceição; MATERNO(S): José Severino da Silva e Maria Divalda da Conceição

GÊMEOS: NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S): NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO): seis de setembro de um mil novecentos e setenta e quatro (06/09/1974) DIA DO REGISTRO (DEC. NASC. VIVO): NÃO INFORMADO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: 2ª VIA. Registro lavrado em 08/09/1974, no livro A-00006, Nº 12484, folha 174.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 DEZ 2014
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gratias - Recife - PE - CEP 52011-000

NOME DO OFÍCIO: Serviço Registral e Material de Livramento
OFICIAL REGISTRADOR: Maria Paula dos Santos
MUNICÍPIO: Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB
ENDEREÇO: Rua São José, 124, Distrito de Nossa Senhora do Livramento, Santa Rita-PB - CEP - 56304000 FONE: 3664-7915

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB, 16 de junho de 2014.

Maria Paula dos Santos
Maria Paula dos Santos
Oficial do Registro Civil

VALÍDAS EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 534934 A





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 606/053, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 115.755, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Moto)** no dia 09/02/2016, na R. Emb. Sérgio Vieira de Melo, Bairro: Valentina - João Pessoa, aproximadamente às 17:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Jefferson Dantas (Trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

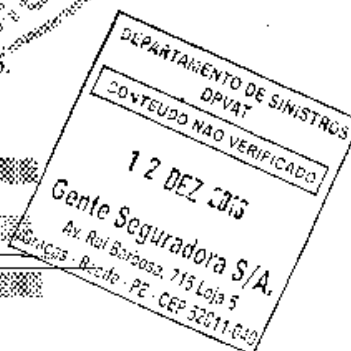
João Pessoa, 25 de Maio de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREP 00004-70171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000046926-2

Nr. Autenticação

BRADESCO3101201705000000000023702108000000046926708750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:04:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110041335600000034858275>

Número do documento: 20111110041335600000034858275

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



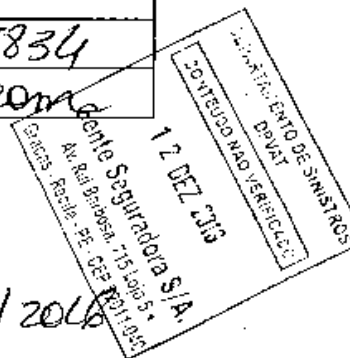
Eu, FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
 RG nº 1.847.769, data de expedição 19/09/2016 Órgão SSDS/PE
 CPF nº 000.805.994-27, venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	BARRA DE GRAMAME
Número	S/Nº
Apto / Complemento	SÍTIO
Bairro	GRAMAME
Cidade	CONDE
Estado	PARAÍBA
CEP	58.322-000
Telefone de Contato	(81)3538 0069 - 98721-5834
E-mail	fralbmosp@hotmaif.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 05/12/2016

Assinatura do Declarante: Francisco de Assis Borges da Silva



Num. 36514420 - Pág. 14

ROSSANA

CHEQUE SUA FATURA DA OI.

FATURA DE
OUT/2016

VENCIMENTO
03/11/2016

Emissão em: 15/10/2016

Período de: 13/09/2016 a 13/10/2016



CTC CORREIOS
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
JOAQUIM NABUCO 200
TIMBO
53520-170 - ABREU E LIMA - PE



7200039896 00000 00000000000 10 151016

RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.



ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 684.647.684-00
NÚMERO DO CLIENTE: 2959209448
NÚMERO DA FATURA: 725261416
Nº PARA DEBITO AUTOMÁTICO: 401653856698

PRECISA DE AJUDA?



WWW.OI.COM.BR/MISHARI

Aqui você acessa e imprime suas faturas,
analisa seu consumo, consulta saldos
e gerencia seus Oi pontos.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Out 2016	201,07
Ser 2016	203,27
Ago 2016	206,17
Jul 2016	195,44
Jun 2016	192,80
Mai 2016	18,99

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 13% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será suspensa.

TIPO DE UTILIZADOS

OI TOTAL 151,98

OI TOTAL 151,98

+ Pacotes Adicionais do Móvel 37,90

OI FIXO

OI INTERNET

+ DDD e Roaming Nacional 250

TOTAL DE MENSALIDADES 189,88

Além disso, você...

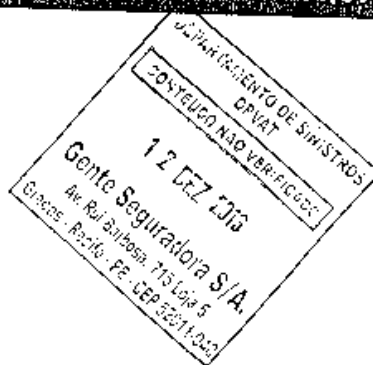
mensagens, chamadas de longa distância 2,97

utilizando serviços com terceiros 2,98

SUBTOTAL 195,83

Multa e juros 5,24

TOTAL DA SUA FATURA 201,07





CERTIDÃO

Nº. 1029/2016

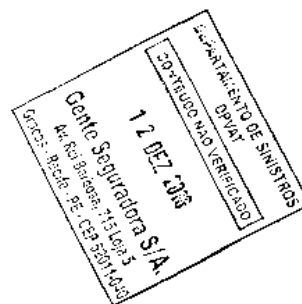
Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº826806 e Prontuário Nº 2016.06.003116 pertencentes a **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA** que foi atendido no dia 09/02/2016 às 20h11min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura expostos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico no mesmo dia do atendimento. Alta dia 25/05/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Francisco de Alencar Borges Data da Admissão: 09.07.20
Pronunciário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: 0 Note. Inten. Exat. de
HDA: 001 de Juma Duarte

Fei. submetido a tratamento
empirico
(Ficadon Exatame)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de peso ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Ictericidade ☐ Fontanas ☐ Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematuria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Data	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alte a pedido [] Enfermaria Obito: [] Alestado [] SVO [] IMI.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco de Albiel dos Santos da Silva</u>		Registro: <u> </u>	
Idade: <u> </u>	Sexo: <u> </u>	Cor: <u> </u>	Clinica: <u> </u>
Data: <u> </u>	Cirurgião: <u>Dr. Romulo Costa</u>	1º Assistente: <u> </u>	
2º Assistente: <u> </u>		3º Assistente: <u> </u>	
Anestesista: <u>Dr. André Araújo</u>		Anestesia: <u>100%</u>	
Instrumentador: <u> </u>		Horário: <u> </u>	
I: <u> </u>		T: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Fratura exposta do osso da</u>		<u> </u>	
<u>perna direita</u>		<u> </u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<u>o mesmo</u>		<u> </u>	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>Redução com fixação de</u>		<u> </u>	
<u>fratura do osso da</u>		<u> </u>	
<u>perna direita</u>		<u> </u>	
<u>com fixador externo</u>		<u> </u>	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	
2 () Não		2 () Não	
Biópsia de Congelamento:		1 () Sim	
2 () Não		2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico	

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 56655-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	O Vt. em decubito dorsal Horizontal parte metélica raspa cunha metélica expansiva de ferro anafre após 1 hora
Incisão:	Peel, alcool, fôlego, anafre outubro, colocação de campo redução da fratura fixação
Achados:	fixação externa cunha + 2 parafusos de alumínio
Condução:	
Fechamento:	Aplicação de Profação de ferro de tempo de cunha
OBS:	confirmação de fratura de fratura exatidão de fratura com fratura e volume com fratura

Data:

09.02.2016

Dr. Ronaldo Soares de Castro
033.002833/CRM-PB 2833
CPF 181.523.594-68

MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Francisco de Assis Pinho		FONTOUÁRIO Nº	
IDADE: 0	SEXO: M.	CLÍNICA	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 01.07.16		DATA DE ALTA: 14.10.16	
DIAGNÓSTICO INICIAL: CMC crônica silenciosa		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Rx + Ex. físico		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: As curvas + ATB			
TERAPIA MEDICAMENTOSA: Atelicauro			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
EXAME DE MATERIAL		COLTA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: História: paciente em uso de insulina, com diabetes mellitus, com queixa de sede, poliúria, perda de peso, exames de sangue e urina alterados.			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: Relativo em casa por 120 dias.			
REPOUSO: Retorno às atividades sem esforço físico em 120 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO: Ao posto de saúde em 30 dias para retirada de pontos.			
DATA: 14/10/16			
ASS. MÉDICO / CRM			
Este documento serve-se à comprovação de atendimento hospitalar.			
Para: CIVIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Francisca de Assis Bonagá da Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>41</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Deleitada</u>	CLÍNICA: <u>Deleitada</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>09/02/16</u>		DATA DE ALTA: <u>25/05/16</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura exposta ossos da perna</u>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução aberta com fixação interna</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
EVOLUÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ IMPEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES) <u>Paciente admitido de trauma fechado exposto de fratura exposta de ossos da perna direita, com infecção no local, sendo submetido a redução aberta com fixação interna, evoluindo com melhora clínica e radiológica, sendo alta com medicação.</u>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: <u>Livre</u>			
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar.</u>			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Ciproecloridato + Clotrimazol</u>			
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Sérgio</u> em 30 dias para avaliação. <u>Dr. Daniel</u>			
DATA: <u>25/05/16</u>		ASS. MÉDICO / CRM: <u>48 PB</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Suelio Moreira

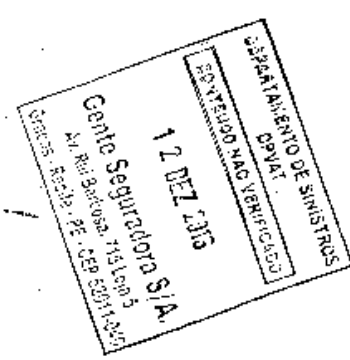
Declaro para os
devidos fins que
o Sr. ROBERTO DE
ASSIS BRAGA, portador
do RG nº 1.111.111
CIT (M86), nascido
e naturalizado em
Mangabeira em 14/11/1966
há 6 meses
conforme parecer
do CE M, deste ser-
viço.

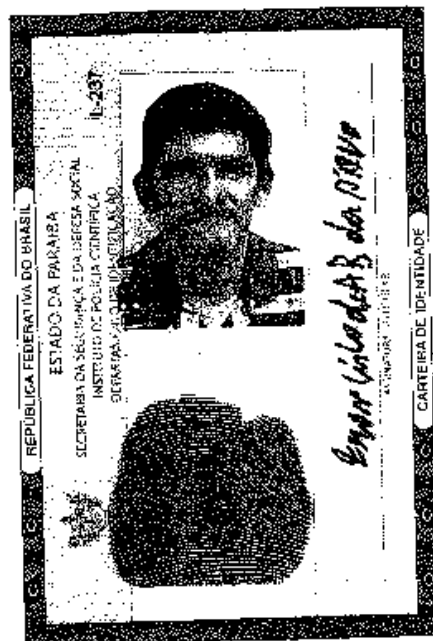
(DSC)

24/12/2016

Assinatura e Carimbo
SUELIO MOREIRA TORRES
CRM-PE 0007

14/11/16





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.047.769 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2016

NOME FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO BORGES DA SILVA ANA MARIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 03/06/1974

DOIS ORIGEM CERT. NASC. Nº 1.2484 - LVA-6 - FL 5.174 - CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CNPJ 000.806.994-27

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

CONTABILIDADE DE SINISTROS
PRIVAT
12 DEZ 2016
Gonto Seguradora S/A.
R. Barbosa, 115 Lda 5
Bairro - PE - CEP 55011-020



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170011149 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA **Data do acidente:** 09/02/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PRA 02/02/2017. DESENVOLVEU SEQUELA CRONICA, PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/01/2017

Conduta mantida:

Observações: * NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA- INFECÇÃO CRONICA. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



DECLARAÇÃO



Eu, FRANCISCO DE ASSIS BORGER M SILVA
RG 1.847.769, CPF 000.805.994-27, declaro que após ter sofrido
acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 09/02/2016 fui socorrido por
SAMU

e levado ao Hospital ORTOTRUMA - MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente, tampouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação declarada falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Abreu e Lima UF: Pernambuco Data: 05/12/2016

Francisco de Assis Borger da Silva

Declarante





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 3.847.769 CPF: 000.805.994-27
Endereço: LOC BARRA DE GRAMAME - S/N
GRAMAME CONDE/PB CEP: 58322-000

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, N° 200, TIMBO, ABREU E LIMA - PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

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

José Rossana - 13, 29/11/2016
Local e data

CARTORIO
VERA BATISTA

* Exemplo de Assinatura de Francisco de Assis Borges da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

