
Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177437

Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177437

Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Data do Acidente: 02/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000045855-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 744.038.884-93
Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Ipuirina Número: b/n Complemento:
Bairro: Zona rural Cidade: Paulista Estado: PB CEP: 58860-000
E-mail: j.cuerton@hotmail.com Tel.(DDD): (83)99900-0530

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 45855 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PAULISTA, PB - 05 DE MAIO DE 2020
Nome: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS
CPF: 744.038.884-93

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Kayo Rian Lima de Farias
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 123/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: **02.02.2020 – pelas 21:20 horas**

Local do ocorrido: **PB 293 -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20.02.2020 – as 11:52 Horas**

COMUNICANTE: -KAYO RIAN LIMA DE FARIAS – CPF 714.038.884-93/ RG 4.440.979 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, agricultor, nascido em 03.10.2001, filho de Jakson Rebio Monteiro de Farias e de Maria Joelma Lima dos Santos, residente No Sítio Ipueira-Paulista - Pombal-PB, **Tel:** 83 9 81773999//

HISTÓRICO: Que afirma a comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA CG150 FAÑ ESI – ANO: 2013 – COR VERMELHA – PLACA **OFX 9395/PB** / CHASSI: 9C2KC1670DR481439, licenciada em nome de Jakson Rebio Monteiro de Farias; Que conduzia a motocicleta quando um animal (cachorro) atravessou a frente provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve fraturas faciais e escoriações; Que foi socorrido por terceiros para o Hospital de Paulista-PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de TARCISIO EWEVERTON PEREIRA OLIVEIRA, CPF 064.153.474-46, residente a Rua Domingos de Medeiros, 115, centro – Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Kayo Rian Lima de Farias

Testemunha: Tarcisio Ewerton Pereira Oliveira

Policial responsável pela lavratura do boletim:


Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	714.038.884-93	Kayo Rian Lima de Farias

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

Nome completo:	CPF:
Kayo Rian Lima de Farias	714.038.884-93
Profissão:	Número:
Agricultor	5/n
Endereço:	Complemento:
Sítio Ipuirina	
Bairro:	Cidade:
Zona rural	Paulista
E-mail:	Estado:
itwerton@hotmail.com	PB
	CPF:
	58860-000
	Tel.(DDD):
	(83)99900-0530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 45855 6 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Local e Data: Paulista, PB - 05 de maio de 2020
 Nome: Kayo Rian Lima de Farias
 CPF: 714.038.884-93

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Kayo Rian Lima de Farias
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES:	2613530	CNPJ:	08.945.727/0001-53	Ficha Número:	79790
NOME:	HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS				
ENDEREÇO:	VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000				
CIDADE:	PAULISTA	ESTADO:	PARAIBA	UF:	25

Atendimento:	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)			
Paciente:	KAIO RIAN LIMA FARIAS			
Mae:	MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS			
Nascimento:	03/10/2001	Idade: 18	Cor: PARDA	Sexo: M
Profissao:	ESTUDANTE			
Endereco	SITIO IPURIRA		Num.: S/N	
Bairro:	ZONA RURAL		Fone:	
Cidade:	PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907			
CNS:	162-3102-4793-0001	Identidade:	4440979	
CPF:		Reg. Nasc.:		
Data / Hora:	02/02/2020 23:35:07 21:59	Recepcionista:	NAILDA DANTAS	934

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

[illegible]

DIAGNÓSTICO

Call time: 15 (22:00h) / 16:53 (22:30h)
 Call time: 13 (23:00h) Cld.

Caracterização Atendimento

NATUREZA DA CONSULTA

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | Consulta simples |
| ☐ | Consulta com medicamento |
| ☐ | Consulta com observação |
| ☐ | Consulta ortopédica |

TIPO DE ATENDIMENTO

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Urgência/Emergência (com Proc.) |
| ☐ | Primeira consulta |
| ☐ | Consulta Subsequente |
| ☐ | Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade |
| ☐ | Consulta c/ referencia p/ outra unidade |

MEDICAÇÃO

-  Prescrita
Aplicada

ENCAMINHAMENTO

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|
| ☐ | P/ Observação | ☐ | P/ outro Hospital |
| ☐ | P/ Residência | ☐ | Internação |
| ☐ | P/ Amb. SUS | ☐ | Óbito |
| | | ☐ | Outros |

Procedimiento

[illegible]

Serviços Realizados

CBO

IDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

REALIZADOS NA UNIDADE

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- | | | |
|----|--------------------------|-------|
| 1- | SFO 1/2 — 1500 ml of # | |
| 2- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |
| 3- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |
| 4- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |
| 5- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |
| 6- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |
| 7- | Trichostema 2 sp. — 1500 | 22.00 |

Assinatura do(s) Profissional(es) Assistente(s) - Carimbo

Eduardo Jorge Veras de Araújo
CRM: 12.12.14 10177

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLYCARBONATE

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

FICHA DE INTERNAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA ☐ CLÍNICA CIRÚRGICA ☐

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: KAIO RIAN LIMA FARIAS

Idade: 18 Sexo M

Filiação

Pai: JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS

Mãe: MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS

Endereço

Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907

Endereço: SÍTIO IPURIRA

N.: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CNS: 162-3102-4793-0001

CPF:

Identidade: 4440979

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 03/10/2001

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Cor: PARDA

Profissão: ESTUDANTE

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: _____

() Curado () Melhorado () Transferido () Evadido () Falecido

Recepcionista: KELLY

Médico Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Kaio Rian Lima Farias IDADE: 18 SEXO: () MASC (x) FEM
ENFERMARIA: 03 LEITO: 03 DATA: 02 / 02 / 2020 HORA: 02:00

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: (x) Clínico () Cirúrgico DIH: _____

3 - EXAMES FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE leve

ESTADO GERAL () Estável (x) Regular () Comprometido () Grave () Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (x) Consciente () Inconsciente (x) Orientado () Algo Orientado () Desorientado () Comatoso () Torporoso () Sedado

ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo () Cooperativo () Apático (x) Calmo () Ansioso () Deprimido () Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: (x) Satisfatório () Insônia () Uso de Medicação _____

Prejudicado _____

DOR: (x) Não () Sim Local: _____

MOVIMENTAÇÃO: () Acamado (x) Deambula () Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: (x) Não () Sim, especificar _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: (x) Sim () Não

HIDRATAÇÃO: (x) Hidratado () Desidratado () Anasarca () Edema Local: _____

COLORAÇÃO DA PELE: (x) Normo corado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico () Cianose Central () Cianose de Externidades () Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: () Hematoma () Equimoses () Celulite () Lesões, local e descrição: _____

ÚCERA POR PRESSÃO: (x) Não () Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ irpm (x) Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Outros _____

Tosse, se sim especificar _____

SUORTE VENTILATÓRIO () NBZ () Cateter de O₂ _____ L/min () Traqueostomia () Dreno Tórax () Máscara de Venturi () Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg (x) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

PULSO: (x) Cheio () Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: (x) Preservada () Diminuída

ACESSO VENOSO: () AVC _____ (x) AVP _____ () Outros _____ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: (x) Nutrido () Obeso () Emagrecido () Caquético

ALIMENTAÇÃO: (x) Oral () Zero () SNG/SNE, dias _____ () Gastrostomia () Ileostomia () Jejunostomia

DIETA: (x) Livre () Líquida () Branca () Pastosa () Hipossódica () DM () Outros _____

ACEITAÇÃO: (x) Satisfatória () Pouca aceitação () Recusa _____

ABDOMEN: (x) Flácido () Plano () Globoso () Distendido () Ascítico () Escavado () Gavídico () Doloroso _____

() RHA+ () RHA- () RHA ausentes () Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (x) Presentes nas Últimas 24h () Constipação _____ dias () Sólidas () Pastosas () Líquidas, nº de episódios _____ () Colostomia () Melena () Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () SVD, dias _____ () Irrigação () Cistotomia () Uso de Fraldas

ASPECTO: (x) LÍMPIDO () Concentrado () Colúrico () Piúrico () Hemático () Outros _____

VOLUME: (x) Normal () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria () Nictúria

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Enfermeiro/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

02/02/2020 - 22:00 - Paciente admitido trazido por populares vítima de acidente de moto, apresentando lesões e lacerações pelo corpo mais extensa em regiões periorbitárias. Condição grave. Queixa de dor pelo corpo. Realizada sutura. Medicada CPM. *Almeida*

03/02/2020 - 01:30 - Ausente da Unidade para realizar TC de crânio, em Bomal - PB. *Almeida*

03/02/2020 - Retorno à Unidade, aguardando *Angélica de S. Oliveira*

03/02/2020 - 06:00 - Admitido para internamento. Segue aguardando laudo da tomografia. *Almeida*

Enfermeira
COREN 334200

Enfermeiro/COREN

CONTROLE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

HORA	06:00					
TEMP °C						
PULSO/BPM						
R/IRPM						
P.A/mmHg	110 x 60					
HGT/MG/dL	146					
DIURESE						
DRENO						
OUTROS						
ASSINATURA	Catarina					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

Téc. de Enfermagem/COREN

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

Paciente jovem de sexo masculino, admitido na Unidade trazido por populares vítima de acidente de moto, apresentando lesões extensas pelo corpo e lacerações extensas + edema em regiões periorbitárias (TCE). Realizado TC aguarda laudo.

Guarany Peres
Téc. de Enfermagem/COREN



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXILIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

01. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

02. CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

03. NOME DO PACIENTE: _____

04. Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

05. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

06. DATA DE NASCIMENTO: _____

07. SEXO: _____

08. RAÇA/COR: _____

09. NOME DA MÃE: _____

10. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO: _____

11. NOME DO RESPONSÁVEL: _____

12. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO: _____

13. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

15. CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____

16. UF: _____

17. CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

19. NOME DO PROCEDIMENTO: _____

20. QTDE: _____

21. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

22. NOME DO PROCEDIMENTO: _____

23. QTDE: _____

24. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

25. NOME DO PROCEDIMENTO: _____

26. QTDE: _____

27. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

28. NOME DO PROCEDIMENTO: _____

29. QTDE: _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

30. DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: _____

31. CID10 PRINCIPAL: _____

32. CID10 SECUNDÁRIO: _____

33. CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

34. RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO: _____

35. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: _____

TC crânio - encefálica:
① Fratura nas paredes anterior e lateral do seio maxilar direito.

36. JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: _____

② Traços de fratura no arco zigomático direito
③ Empuxão periorbitário
④ Hematoma subgaleal fronto-parietal à direita

SOLICITAÇÃO

37. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

38. DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

39. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): _____

40. DOCUMENTO: _____

41. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

Dr.ª Mariana Pereira Carneiro
Médica
CRM - PB 2043

() CNS () CPF

7 0 0 6 0 0 9 8 3 8 4 0 6 4 5

AUTORIZAÇÃO

42. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

43. COD. ÓRGÃO EMISSOR: _____

44. Nº. DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

45. DOCUMENTO: _____

46. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

() CNS () CPF

47. DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): _____

49. PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54. NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

55. CNES: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000045855-6

Nr. da Autenticação 1C2F89A29D10ED4C



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TARCÍSIO EUGENIO P. OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.153.474, 46 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAYO KIAN LIMA DE FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.038.884, 93, do sinistro de DPVAT cobertura INVOQUEE da Vítima KAYO KIAN LIMA DE FARIAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.038.884, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA DOMINGOS DE MEDEIROS</u>		Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT. 103</u>	
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>POMBAL</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58.840-000</u>
Email	<u>T.EUGENIO@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>—</u>		Telefone celular (DDD)	<u>183)99900 0530</u>

POMBAL-PB, 05 de maio de 2020
Local e Data

TARCÍSIO EUGENIO PEREIRA OLIVEIRA
Assinatura do Declarante

Receituário Simples

LAUDO

O paciente Kory Rion de
Farias compareceu na Unidade
de Hospitalar em 03/02/20,
vítima de acidente
motorístico segundo relato
feito pelo mesmo. Contusões
na região da cabeça, no tórax,
na região da coxa direita,
sem deslocamento e
sem repercussões clínicas,
sendo feito o tratamento
conservador.

12, 02, 20
Data


Médico

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.440.979 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2016

NOME KAYO RIAN LIMA DE FARIAS

RELACÃO JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS
MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS

NATURALIDADE POMBAI-PB DATA DE NASCIMENTO 03/10/2001

DOS ORIGEM NASC.N. 10514 FLS. 37 LIV. A 11
CARTORIO PAULISTA PB

CPF 714.038.884-93

Assinatura: Marcos A. B. Lucet Jr.
Chefe do Núcleo de
LEIA: 2.143 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-900




Kayo Rian Lima de Farias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Sistema Único de Saúde

KAYO RIAN LIMA DE FARIAS

Data Nasc.: 03/10/2001 Sexo: M

704 6086 3498 6421



Segure Saúde 136

SUS

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105



Tarcisio Ewerton Pereira Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/06/1987

REGISTRO GERAL 858343

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO 11/12/2001

NOME TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
RA. Francisco da Silva Oliveira
FILIAÇÃO Maria do Socorro Pereira Oliveira
RA. Pombal-PB

NATURALIDADE Pombal-PB

DATA DE NASCIMENTO 22-05-1987

Cert. Nas. N.º 20.873, Fls. 88v. 11v. A-20

CPF 064.153.474-46

Assinatura do Titular

Assinatura do Diretor

LEI N.º 7.116 DE 20/09/03

Cartão de sua pessoal e estranhos -
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

CAIXA
BANCA ECONÔMICA FEDERAL

DEZ/2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 0137470231
VA 000 RENAVAM ERT 20172200005808
1 0053618890-4 00/00000000 2

JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS

66021480449 OFX9395/PB
PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KC1670DR481439

ESPECÍFICO
PAS/MOTOCICLETA
HONDA/CG 150 FAN ESI

CAP/PO/ICR 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR/PN VERMELHA
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC. COTA ÚNICA 2º VENC. COTA ÚNICA 3º VENC. COTA ÚNICA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTA ÚNICA
***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICIO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 27/07/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PAULISTA-PB LOCAL DATA 05/09/2017

31623



Seguradora Líder - DPVAT

31 54

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747023931 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 DATA EMISSÃO
2017 05/09/2017

VA 1 66021480449 OFX9395/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
00536188904 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB CAT TIR Nº CHASSI
2013 9 9C2KC1670DR481439

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 27/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.009/0001-04

31054-1110539-20170905

000-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177437 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS **Data do acidente:** 02/02/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E FRATURA DO MAXILAR E ZIGOMA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua SÍTIO IMPVEIRA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de PAVISTA, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.440.979, SSP/PB e CPF nº 714.038.884-93

Outorgado: TARCÍSIO EVERTON PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua DOMINGOS DE MEDEIROS, nº 115, bairro CENTRO, Município de POMBAL, Estado de (o) PARAIBA, Cep: 58.840-000, portador (a) do RG nº 2858545, SSP/PB e CPF nº 064.153.474-46

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, ocorrido em 02.10.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INVAÍDEZ.

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

CARTÓRIO 002
POMBAL - PB

POMBAL - PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

KAYO RIAN LIMA DE FARIAS

Outorgante
CPF Nº 714.038.884-93

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de KAYO RIAN LIMA DE FARIAS. Em test. da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 20/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-AV4236-7PWF
Confira os dados do ato em <https://seledigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,89 FARPEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

PROCURAÇÃO

Outorgante: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua SÍTIO IMPVEIRA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de PAVISTA, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.440.979, SSP/PB e CPF nº 714.038.884-93

Outorgado: TARCÍSIO EVERTON PEREIRA OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua DOMINGOS DE MEDEIROS, nº 115, bairro CENTRO, Município de POMBAL, Estado de (o) PARAIBA, Cep: 58.840-000, portador (a) do RG nº 2858545, SSP/PB e CPF nº 064.153.474-46

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, ocorrido em 02.10.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INVAÍDEZ

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



POMBAL - PB, 20, de FEVEREIRO de 2020.

KAYO RIAN LIMA DE FARIAS

Outorgante
CPF Nº 714.038.884-93

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de KAYO RIAN LIMA DE FARIAS. Em test. [assinatura] da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 20/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-AV4236-7PWF
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,89 FARPEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIO RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 05/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138675/20

Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIO RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 14/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIO RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 05/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO