

# 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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000038757-5

---

Nr. da Autenticação 0F3E04AD4777AA92





CAGEPA

**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISME ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 2019071326341

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

 CÓDIGO PARA  
 DÉBITO AUTOMÁTICO  
 001326341
 
**MATRÍCULA**  
 001326341
 
**CLIENTE**  
 ADRIANA CIRNE ARAGAO
 
**CPF/CNPJ:**  
 885.XXX.XXX-XX
 
**VENCIMENTO**  
 27/07/2019
 

INSCRIÇÃO

001.078.299-0079.000

ENDERECO DO IMÓVEL

RUA GALDENCIO P DA COSTA, 95 - AGUA FRIA JOAO PESSOA PB 58073-479

FATURA

07/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

AGUA ESGOTO

LIGADO POTENCIAL

## ULTIMOS CONSUMOS

06/2019 -	18	05/2019 -	18	
04/2019 -	17	03/2019 -	16	
02/2019 -	19	01/2019 -	20	
ECONOMIAS	COMS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR		
1	18	R	53118	

LEITURA CONSUMO CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> )	DIAS	(M <sup>3</sup> )
3957	3975	18	31	0,59
14/06/2019	15/07/2019			NºRm: A936096033

## DESCRICAO DOS SERVICOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

## AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE  
 ATÉ 10 M<sup>3</sup> - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)  
 11 M<sup>3</sup> A 20 M<sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR M<sup>3</sup>

 10 M<sup>3</sup> 37,91  
 8 M<sup>3</sup> 39,12
 

30 AGO. 2019

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 11,59

TOTAL R\$ 77,03

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

## INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 06/2019

## Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		p.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

EMITIDO POR: INTERNET

Emitido em: 23/07/2019

MATRÍCULA  
001326341INSCRIÇÃO  
001.078.299.0079.000FATURA  
07/2019NÃO RECEBER APÓS  
31/07/2020

VENCIMENTO

27/07/2019

VALOR R\$

77,03

GRUPO: 155

FIRMA: 2

82600000000-8 77030010001-1 00132634101-1 07201930003-6

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Cinne Anagão  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 085.178.454-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Glaucia Dias dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614-99,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Glaucia Dias dos Santos  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614-99, 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 Lider-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 Galvão P. da Costa</u>	Número:	<u>95</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Água Fria</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58073-479</u>
E-mail:	<u>adriana.cinne.anagao@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>33-99639-8400</u>

Local e Data: João Pessoa PB - 23/07/2019

Assinatura do Declarante

30 AGO. 2019



#### ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia

Gloria Dias dos Santos

A Policlínica da Sua Família

LG: 2445 32903

ANEXO

PACIENTE ACERCA O CID 10:

T93.2 - NO TURNOZCO ES-  
QUEDOU OS SISTEMA AUTOMA-  
TIZADISTICO, COM DOR, LIMITE-  
ADO E CONVULSAO E ESTIMA-  
DO EXTRATO NO TRASSCONHEC-  
TO DIA, OS SISTEMAS E EN-  
FESSO DE MALOCOCO LATERAL  
COM RUMINANTE ANEMIA MORTU  
O E ASIAD.

27  
08  
09

Dr. Diogo Bento de Souza  
Ginecologista  
Clínica Especializada

\* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe  
João Pessoa/PB - Tel:(83) 3612.1000



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GLAUCIA DIAS DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	30/04/81
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA DIAS DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1073779
DATA DO ATENDIMENTO	05/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	CONTUSOES
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO (TORNOZELO, COLUNA LOMBAR)
CID 10	T00

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO REFERINDO DOR LOMBAR E NO TORNOZELO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

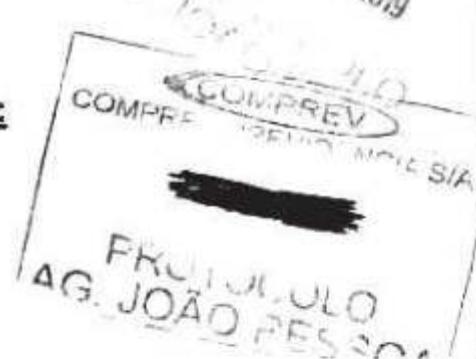
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE BACIA, RX COLUNA LOMBO-SACRA, RX DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

30/04/2019

### RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES - NORMAIS



### TRATAMENTO:

MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 05/04/18  
DATA DA EMISSÃO: 13/06/18

Elivaldo Sales de Toledo  
CRM: 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1073779



## Identificação do paciente

ID 1277617	Nome GLAUCIA DIAS DOS SANTOS			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS				Pai JOSE CARLOS DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ELANNE VARELA DE AGUIAR - OUTRO PARENTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988868494	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2445329	Nº Cns		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58080110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO
Número 66	Complemento	Bairro	CRUZ DAS ARMAS

## Admissão

Data e Hora 05/04/2018 17:59:35	Número da pulseira 100005164157	Convênio SUS	
------------------------------------	------------------------------------	-----------------	--

Especialidade  
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco	Clinica	Ongem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento PANCADA	Detalhe do acidente OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

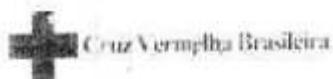
P脉 150	X <span style="font-family: cursive;">60</span> mmHg	Pulso	Temperatura 39,1
-----------	--	-------	---------------------

## Exames complementares

Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TL [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Estado clínico no momento de chegada ao hospital	Estado de consciência
Diagnóstico	OC



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	1073779	05/04/2018 17:59:35	
Data de nascimento:	Idade	CNS	Telefone de Contato
30/04/1981	36a 11m 6d	708 592822184	(83) 988868494
Mãe			Prontuário
MARIA LUCIA DIAS SANTOS			
Endereço	Barro	Município	UF
DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	PANCADA	ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	7118/PB
Data/Hora Classificação:		Data/Hora Prescrição	
05/04/2018 17:59:35		05/04/2018 20:10:23	

### Anamnese

TRAUMA TORNOCÉLVELO ESQUERDO

DOR E EDEMA

RX SEM FRATURAS

CD ALTA ORTOPEDIA

IMOBILIZAÇÃO

SINTOMÁTICOS

AOS CUIDADOS DA NEURO

### Conduta

Em observação

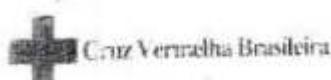
Referência:  
CRM-PB 7118-127712431

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA  
(CRM: 7118/PB)







GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, CEP 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>GLAUCIA DIAS DOS SANTOS</b>	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988868494
<b>Mãe</b> <b>MARIA LUCIA DIAS SANTOS</b>			
Endereço <b>DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 96</b>	Bairro <b>CRUZ DAS ARMAS</b>	Morador <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>PANCADA</b>	Profissional <b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>	Nº Cons. Regional <b>7742/PB</b>
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:34:06	

## Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DE MOTO.

SEM RELATO DE TCE.

SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX COL LOMBAR

AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS

CD: ANALGESIA

OBSERVAÇÃO

## MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

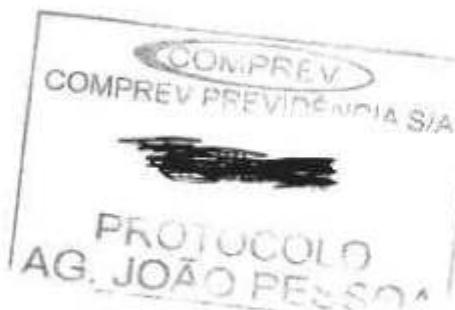
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

## Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO  
(CRM: 7742/PB)



172.16.20.165:7777:2023-7-15 11:03:00 -> 172.16.20.165:7777:2023-7-15 11:03:00

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4000 or via email at [mhwang@uiowa.edu](mailto:mhwang@uiowa.edu).

**ESTERECO AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONÇALVES, 3000-1550 PORTO**

三

ANS: 612-221

卷之三

PACIENTE COM OSTEOMALÁCIA (VITAMINA D3) - MIGRAÇÃO ARCO-OLARÍGODONICO

www.etc.org.tw

#### **EVOCADA DE CERVICALGIA**

二三九

SEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

1000 10

ASIA - 101

SEM DEFICIENCIES

RE 557-1 LUMBAR

AUSENCIA DE SISTEMAS DE  
CONTROLE DE ENTRADAS = ALTA DA NCG

卷之三

### REFERENCES

26 Hospital

Digitized by srujanika@gmail.com

Page 20



**DR. JOSÉ LOPES**  
NEUROCIRURGIÃO  
Cirurgião de Cabeça - CRM: 6675



ÁREA AMARELA

Enderroco: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB. 58031050

Tel: 32165700

CNES 454554

Paciente <b>GLAUCIA DIAS DOS SANTOS</b>	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data/Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe <b>MARIA LUCIA DIAS SANTOS</b>			Prontuário
Enderéco <b>DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06</b>	Bairro <b>CRUZ DAS ARMAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>PANCADA</b>	Profissional <b>TOMAS CATAO MONTE RASO</b>	Nº Cons. Regional <b>7742/PB</b>
Data/Hora Classificação: 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:35:27	

#### Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DENTRO DE ÔNIBUS.

PACIENTE COM GUEV  
SEM RELATO DE TCE

SEM REDONDO DE VOLTA  
SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

SEMESTER  
AO EXAM

BEG CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX CO. LOMBARD

### AUSENCIA DE LIST

## **Conduita**

**Em observação**

CLÁUDIA DIAS DOS SANTOS

**TOMAS CATAO MONTE RASO  
(CRM 7742/PB)**





#### MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB  
Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

#### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) Cláudia  
Dias 05/05/2018 foi submetido à tratamento médico nesta data,  
por motivo de doença CID N° S92.6  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de  
30 dias 05/05/2018 a partir desta data.

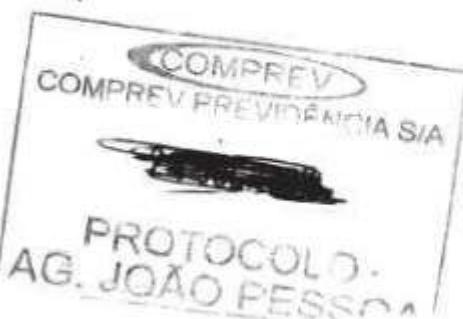
João Pessoa-PB: 02,05,18

Assinatura, carimbo e CRM

#### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a) Dr. (a) Laisa Souza Alves  
a registrar o diagnóstico codificado pela CID ou plenamente neste atestado médico.  
Resolução CRM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





Nome:

PI

Ola no hor.

do santo

P as ora

① Moflex 2 - dit  
pena 1 4 de  
886

MATRIZ

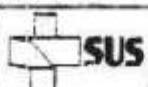
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

026510

Dr. Silviano  
Trombetta  
Oncologista  
Cirurgião  
Oftalmologista  
Endocrinologista  
Nutrologista  
Psiquiatra





Sistema Único de da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fis.1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

*Cruz das Armas VI*

2 - CNES

*CNES 345050*

*3453257*

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

*Drauzio Vaz de Souza*

4 - SEXO

Mas.  Fem.

5 - N° DO PRONTUÁRIO

Nas.

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*7-018100161518121812181814*

7 - DATA DE NASCIMENTO

*30/04/1981*

8 - RACA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

*R. José Meirelles - Pitim, nº 06*

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

*Exame Física*

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL;38-CID10 SECUNDÁRIO;39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS;

*Diagnóstico acidente no futebol*

40 - OBSERVAÇÕES

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*Drauzio Vaz de Souza*

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

*21/01/18*

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) -

*DR. MP 1621.V.12.1  
C.R.M-PB 1.656*

43 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*10449319139021*

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

*10449319139021*

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

*01/01/18 a 31/12/18*

*AUTORIZADO  
Diretoria de Regulação - SMS  
João Pessoa-PB*

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

*21/01/18*

*COMPROMISSO DE FONTE ASIA*

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190508058      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAUCIA DIAS DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/04/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO FÍSICO: ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE RESOLUÇÃO DA LESÃO , PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL E DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Glaucia Dias dos Santos, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Desenvolvedora, residente e domiciliado à Rua Rua Des. Marcos A. Ribeiro, n° 06, bairro Cruz das Armas, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, CEP 58086-110, portador(a) do RG nº 2445329, SSP/PB e CPF nº 044.313.614-99.

Outorgado: Adriana Cinne Aragão, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Auxiliar de Apontamentos, residente e domiciliado(a) à Rua Galáctico P. da Costa, n° 95, bairro Aquor Fria, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, CEP 58073-479, portador (a) do RG nº 1.615.999, SSP/PB e CPF nº 885.178.451-04.

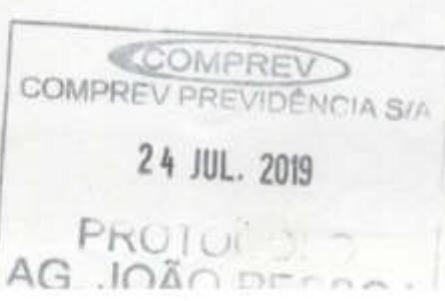
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Glaucia Dias dos Santos, ocorrido em 05/04/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza Invalidez.

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

João Pessoa PB 05, de julho de 2019

Glaucia Dias dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 044.313.614-99

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250984/19

**Vítima:** GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

**CPF:** 044.313.614-99

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/04/2018

**Titular do CPF:** GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA CIRNE ARAGAO : 885.178.454-04

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

### GLAUCIA DIAS DOS SANTOS : 044.313.614-99

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](http://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: 24/07/2019  
Nome: ADRIANA CIRNE ARAGAO  
CPF: 885.178.454-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

\_\_\_\_\_  
ADRIANA CIRNE ARAGAO

\_\_\_\_\_  
MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

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

---

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190444857**

**Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO**

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

**Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

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



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190508058**

**Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

**Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190508058** Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

**Data do Acidente: 05/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da inden

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2.50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038757-5

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190508058**

**Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO**

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

**Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos		6 - CPF: 846 313.614-99
7 - Profissão: Jornalista	8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro	9 - Número: 06
11 - Bairro: CRUZ das Almas	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB
15 - E-mail:		14 - CEP: 53016-110
16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) OP 013

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: (INSCRIÇÃO)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: 30 AGO 2019 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: COMPREHENSIVE CPF: (Assinatura da testemunha)
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: (Assinatura da testemunha)
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	CPF: (Assinatura da testemunha)
40 - Local e Data, João Pessoa PB - 23/07/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Gláucia Dias dos Santos	42 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos		6 - CPF: 846 313.614-99
7 - Profissão: Jornalista	8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro	9 - Número: 06
11 - Bairro: CRUZ das Almas	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB
15 - E-mail:		14 - CEP: 53016-110
16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: (INSCRIÇÃO)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: 30 AGO 2019 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: COMPREHENSIVE CPF: (Assinatura da testemunha)
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: (Assinatura da testemunha) CPF: (Assinatura da testemunha)
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, João Pessoa PB - 2310719019 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 000000000000

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190508058  
Nome do(a) Examinado(a): Glacia Dias dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): R Desportista Marcos Antonio Ribeiro, 6 C  
Cruz das Armas Joao Pessoa PB CEP: 58086-110  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2445329  
Data local do acidente: [ 05/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 09/09/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.  
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 10/05/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA DISCRETO EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"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)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano: **(X) 10% residual**  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
Carimbo com Nome e CRM  
CRM/PB - 4518

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



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 07241.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07241.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:35 horas do dia 02 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Glaucia Dias dos Santos**, CPF nº 044.313.614-99, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Dona de Casa, filho(a) de Maria Lucia Albuquerque Dias e Jose Carlos dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/04/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desportista Marcos Antonio Ribeiro, Nº 6, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência XXXXX, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98722-1802.

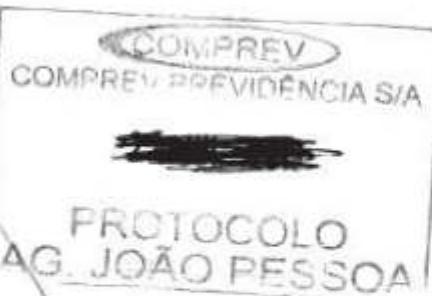
**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Presidente Felix Antonio, Rua do Rio, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/04/18 17:01h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 05/04/2018, POR VOLTA DAS 17:01, ESTAVA DENTRO DO COLETIVO DA EMPRESA SANTA MARIA LINHA 109 - RUA DO RIO, ÔNIBUS DE NUMERO DE SÉRIE 06032 DA LINHA 109 - RUA DO RIO, DE PLACA QFZ-5225/PB, CUJO MOTORISTA NA OCASIÃO ERA O SENHOR SEVERINO SANTANA DE HILARIO; QUANDO PAGOU O ÔNIBUS E O MOTORISTA ESTAVA SEM TROCO; QUE AO SE APROXIMAR DA PARADA EM QUE DESCERIA, LOCALIZADA NA RUA DO RIO, CRUZ DAS ARMAS, NESTA CAPITAL, DIRIGIU-SE ATÉ O MOTORISTA AFIM DE PEGAR SEU TROCO, MOMENTO EM QUE PARA EVITAR UMA COLISÃO, O MOTORISTA DO ÔNIBUS FREOU BRUSCAMENTE, FAZENDO COM QUE ESTA NOTIFICANTE CAÍSSE DENTRO DO ÔNIBUS; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID T00 (POLITRAUMATISMO DE TORNOZELO E COLUNA LOMBAR), CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO

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



Procedimento Policial: 07241.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

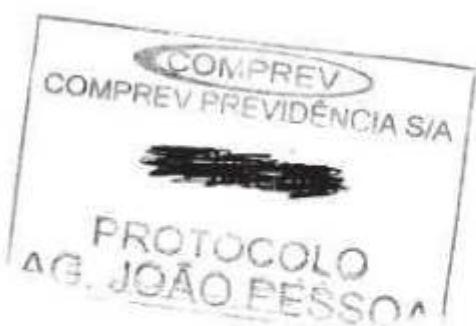
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa PB, 02 de julho de 2019.

*Jose Rodrigues*  
**JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**  
Agente de Investigação

*Glaucia Dias dos Santos*  
**GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos		6 - CPF: 846 313.614-99
7 - Profissão: Jornalista	8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro	9 - Número: 06
11 - Bairro: CRUZ das Almas	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB
15 - E-mail:		14 - CEP: 53016-110
16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) OP 013

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: (INSCRIÇÃO)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: 30 AGO 2019 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: COMPREHENSIVE CPF: (Assinatura da testemunha)
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: (Assinatura da testemunha)
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	CPF: (Assinatura da testemunha)
40 - Local e Data, João Pessoa PB - 23/07/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Gláucia Dias dos Santos	42 - Assinatura do Procurador (se houver)



VISTO EM: 16/04/18

Comandante do BAPH  
MTR 524.377-7

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3<sup>a</sup> SEÇÃO – OPERAÇÕES

*Ata de batalhão*

João Pessoa-PB, 21 de abril de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0159/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 05/04/2018, conforme requerimento nº 162/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h01min o/a Sr.(a) GLAUCIA DIAS DOS SANTOS, CPF Nº 044.313.611-99, vítima de acidente de trânsito (queda em coletivo), socorrida na Rua do Rio, Cruz das Armas – João Pessoa/PB. Que a guarnição de viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com dores na região lombar e no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu, André Vieira de Souza - CB BM, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3<sup>a</sup> Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3<sup>a</sup> Seção/BAPH.

JYHARNESON DILGIO A. DE SOUSA  
Matr. 527.341-3  
Chefe da 3<sup>a</sup> Seção