



Número: **0802352-43.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCILBERTO VITORINO (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37465 917	04/12/2020 09:24	<a href="#"><u>2770446_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190681573 Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

**Data do Acidente:** 25/08/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

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

**Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15205908



Brag 00181/00182 - Carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Núm. 37465917 - Pág. 1



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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190681573      Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: FRANCILBERTO VITORINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000867-2

Conta: 0000024273-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **044 310 954-03** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

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

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**  
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**  
 15 - E-mail: **██████████** 16 - Tel. (DDU): **(83) 999-32-44-13**

## DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Soriente 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: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 as 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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Não Vivos: Falecidos: nascituro (varônecos):  Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?  Não

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

## MORTE

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: **P. ISABEL - PB, 26-11-2019**

**X Francilberto Vitorino**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



## TESTEMUNHAS

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:46  
CONPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CREDITADO:	FRANCILBERTO VITÓRIO
CLIENTE:	867-2 CONTA :
AGÊNCIA:	24, 273-X
DATA :	27/11/2019
NR. DOCUMENTO	086773989151306
VALOR DE DIMEIRO	<b>R\$ 0,00</b>
VALOR TOTAL	<b>R\$ 0,00</b>
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS	<b>1</b>
NR. AUTENTICAÇÃO	A.508.516.016.C69.C7A

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

Lá lá no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**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: 3190681573  
Nome do(a) Examinado(a): Francilberto Vitorino  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Hermes Maia, S/N  
Maia Princesa Isabel PB CEP: 58755-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 548072061  
Data local do acidente: [ 25/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/12/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO**

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

**Tratamento: FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: 20/11/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO**

- 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:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL 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):

**QUADRIL - Lado Esquerdo**

% do dano:  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.

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

Dr. Henrique A. Silva  
CRM: 15.172  
Ortopedia-Traumatologia  
Hospital São Francisco



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



### CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:  
**OCORRÊNCIA POLICIAL N° 603/2019, LIVRO n° 003/2019.**

**DATA:** 27/11/2019

**HORA:** 16h30min

**CIDADE:** Princesa Isabel/PB

**DELEGADO:** GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

**Noticiante:** FRANCILBERTO VITORINO

**Estado civil:** solteiro **RG:** 54.807.206-1 SDS/SP

**CPF:** 044310954-03

**Sexo:** masculino **Nascimento:** 19.02.1982 **Idade:** 37

**Nacionalidade:** Brasileira

**Naturalidade:** Princesa Isabel/PB

**Profissão:** PESCADOR

**Filiação:** Geraldo Vitorino e de MARIA Marcionila Vitorino

**Endereço:** Rua Hermes Maia, 101, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB

### **NARRATIVA**

QUE na data de 25.08.2019, por volta das 03:30 horas, seguia conduzindo uma moto, quando nas proximidades do centro de Princesa Isabel/PB, que na curva que da acesso a rua São Roque, freou o pneu dianteiro, vindo a perder o controle da moto chagando a cair ao solo; Que fui socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada No hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIO X, constatou fratura no fêmur esquerdo, e escoriações pela face; Que devido a gravidade foi transferido para o Hospital regional de Patos :Que conduzia uma Moto Honda/BIZ 125 ES, de cor VERDE, Placa NPR 6151/PB, Modelo e Fabricação 2011/2011, Chassi N° 9C2JC4810BR002155, Registrada em nome de Francineide Vitorino .

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

*Francilberto Vitorino*



Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.  
Fone/fax: (0xx83) 3457 2381.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **044 310 954-03** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

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

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**  
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**  
 15 - E-mail: **██████████** 16 - Tel. (DDU): **(83) 999-32-44-13**

## DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 as 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.

## INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Não Vivos: Falecidos: nascituro (varônico)?  Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?  Não

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

## MORTE

34

Informar o dígito da  
conta da  
testemunha  
pessoalizada

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

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

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

40 - Local e Data:

**P. ISABEL - PB, 26-11-2019**  
**X Francilberto Vitorino**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06  
COMPRAVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

DREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRINO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :	NR. DOCUMENTO	VALOR DINHEIRO	VALOR TOTAL	QUANTIDADE DE DÉDULAS PROCESSADAS
	27/11/2019	086773989115306	0000	1

NR. AUTENTICAÇÃO A.508.518.016.C59.C7A

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**  
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**  
 15 - E-mail: **(83) 999-32-44-13** 16 - Tel. (DDU):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Soriente 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: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 as 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 type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varônecas): <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 aqueles beneficiários que se apresentarem provavelmente, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Informar  
dígito da  
vítima ou  
número de  
matrícula  
de veículos

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

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

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

40 - Local e Data:

**P. ISABEL - PB, 26-11-2019**

**X Francilberto Vitorino**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



27/11/2019 - BANCO DO BRASIL  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

DREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO  
AGÊNCIA: 067-2 CONTA :

DATA :	24.273-X
NR. DOCUMENTO	27/11/2019
VALOR DINHEIRO	086.773.989,15,306
VALOR TOTAL	086.773.989,15,306
QUANTIDADE DE DÉDULAS PROCESSADAS	1
NR. AUTENTICAÇÃO	A.508.518.016.C59.C7A

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





PREFEITURA DE  
PRINCESA ISABEL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente,  
**FRANCILBERTO VITORINO** portador (a) do RG 548072061 SSP-SP, encontra-se em  
nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês AGOSTO/2019.

Princesa Isabel-PB, 20 de setembro de 2019.

EMÍLIA ÉRICA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emilia Erica Alves Frasão - Tabelária Interina  
Av. Getúlio Vargas, nº 30 - Centro - Princesa Isabel-PB - 58755-000  
Fone: (83) 3457-2419 - Celular: (83) 98888-1000

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,

Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:32:57

Emilia Erica Alves Frasão - Tabelária Interina

[2019-004298] ENOL:R\$ 2,40 FANPEN:R\$ 0,29 REPJ:R\$ 0,70

SELO DIGITAL: AJ0086688-ZKD7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SANDRO FERREIRA DA LUZ  
Diretor Geral  
Mat.019.035

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emilia Erica Alves Frasão  
Tabelária Interina

Ernesto Manguera de Souza  
Diretor Administrativo  
Mat. 1020





11

SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO  
**OMS**

VÉLOMO SAMU

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

 <b>SUS</b>		 <b>ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b>
<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		
<b>UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS</b>		
<b>NOME:</b> HOSPITAL REGIONAL DE PRINCESA ISABEL <b>CNES:</b> 222163/ <b>CÓDIGO DO MUNICIPIO:</b> 2512309 <b>CPFCNPJ:</b> 08 778 266 0039-33 <b>ENDERECO:</b> AV. ALAMEDA DAS ACÁCIAS, 1444 - ALTO DO CASCABEL - <b>CEP:</b> 58.755-000 <b>MUNICÍPIO:</b> PRINCESA ISABEL <b>ESTADO:</b> PARAÍBA <b>UF:</b> PB		
<b>PACIENTE</b>		
<b>NOME:</b> <u>José Francisco da Silva</u>	<b>DATA NASCIMENTO:</b> <u>10/02/1982</u>	<b>IDADE:</b> <u>37</u>
<b>SEXO:</b> <u>M</u>	<b>PROFISSÃO:</b> <u>Acuidor</u>	
<b>DOCUMENTO:</b> <u>RG: 38755000</u>		
<b>ENDERECO:</b> <u>Rua: Rua 01</u>	<b>BARRITO:</b> <u>Centro</u>	<b>CÓD IBGE MUN:</b> <u>2512309</u>
<b>MUNICÍPIO:</b> <u>Princesa Isabel</u>	<b>UF:</b> <u>PB</u>	
<b>CEP:</b> <u>58.755-000</u>		
<b>CNS:</b> <u>106.7065.098-7</u>	<b>DATA ATENDIMENTO:</b> <u>25/08/19</u>	

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:	
<del>Disponível para uso de emergência</del>	
CARÁTER DO ATENDIMENTO	PROCEDIMENTO - descrição:
1. ELETIVO.	1. Exames e tratamento preventivo.
2. URGÊNCIA.	2. Exames e tratamento preventivo.
3. ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.	3. Exames e tratamento preventivo.
4. ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.	4. Exames e tratamento preventivo.
5. OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.	5. Exames e tratamento preventivo.
6. OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.	6. Exames e tratamento preventivo.

	1- BRANCA	12-PRETA	13-PARDA	14- AMARELA	15-INDIGENA	16- SEM INFORMAÇÃO
ANAMNESE E EXAME FÍSICO ( SUMÁRIO )						
Paciente vitimado de queijo derende, refre do em sua casa e queijo, nega sangue, nerves, ou vísceras.						
A vista observa resvira, sem leucocitose.						
B: NEGRO com traços de afastamento e histerismo. Apego afetivo em excesso. Alvo: abusos indireto reprovações paternas.						
P: Negativo.						
E: denuncia reações de medo e fuga.						

EMÍLIA ÉRICA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original  
presentado. Fa testemunho da verdade.

apresentado. Em testemunho da verdade,  
Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:40:33  
Folha 10 de 10 - Ata de Fazenda - Tabelia Z. Justicia

Emilia Erica Alves Frasão - Taboileia Interina  
[2819-004214] ENOL:R\$ 2,40 FARPEM:R\$ 0,29 FENJ:R\$ 0,58

2019-00211 ERU-IRV-48 HARVEY B,27 FENIRS -38  
AJG86684-0000

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166



# 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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000024273-X

---

Nr. da Autenticação 0A1E9B4109899B99



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 13



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Eu, Franckilberto S. Vitorino,  
RG nº 54.807.206-1, data de expedição 18/10/2010  
Órgão SSP/SP, CPF nº 044310954103

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço  
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Hermes Maia</u>
Número	<u>103</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Maia</u>
Cidade	<u>Precisa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 9 99187328</u>
E-mail	

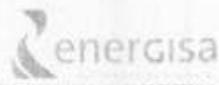
Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - 26.11.2019

X Franckilberto S. Vitorino  
Assinatura do Declarante



## BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
S- 210, Km 25 - Cachorro Resende - João Pessoa - PB - CEP 58171-000  
CNPJ 06.095.182/0001-40 - Insc Est. 16.015.821-8

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARCIONILA VITORINO  
RUA HERMÉS MAIA 101  
PRINCESA BEABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/265902-7

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	12/11/2019	114	06/12/2019	R\$ 113,27

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/11/2019</b>				
Pagador: MARIA MARCIONILA VITORINO CNPJ/CPF: 394.845.484-15				
RUA HERMES MAIA 101 - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008501093	000265902201911	06/12/2019	R\$ 113,27	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25 S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pjeb.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Núm. 37465917 - Pág. 15

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RÔMULO DE SOUSA FERRAZ,

RG nº 15.6825 8, data de expedição 18/06/1990, Órgão SSP - PB.

CPF nº 839-806-284-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<b>RUA: RAFAEL ROSAS</b>
Número	<b>SN</b>
Apto / Complemento	<b>CASA</b>
Bairro	<b>CENTRO</b>
Cidade	<b>PRINCESA ISABEL</b>
Estado	<b>PARAIBA</b>
CEP	<b>58.755-000</b>
Telefone de Contato	<b>(83) 999 324413</b>
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante: Rômulo de Souza Ferraz

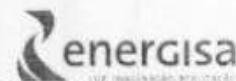


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é valor fiscal.

Documento não é exequível de corte.

Pode-se pagar sempre, pagando-se da forma que preferir na Agência Energisa. N° 025.946.008



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ  
RUA RAFAEL ROSAS S/N  
PRINCESA ISABEL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	05/06/2019	74	06/07/2019	R\$ 40,25

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2019

Pagador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ CNPJ/CPF: 839.806.284-34

RUA RAFAEL ROSAS S/N - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002330616	000029847201906	06/07/2019	R\$ 40,25	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 17



## 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Romulo de Souza Ferreira  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Francilberto Vitorino Inscrito (a) no CPF sob o N° 044.310.854-03  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francilberto Vitorino,  
Inscrito (a) no CPF sob o N° 044.310.954-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda: RECAUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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: RAFAEL ROSAS</u>	Número:	<u>SN</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>MATA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>_____</u>	_____	<u>11</u>	CEP:	<u>58.755-000</u>

Local e Data: P. ISABEL-PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Françineide Vitorino,  
RG nº 195788-2, data de expedição 21/02/2014  
Órgão SSPAZ, portador do CPF nº 037.541.284-00  
com domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
General Damiao Barbosa de Almeida, nº 83,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Françineide Vitorino, cujo o condutor era  
Françineide Vitorino.  
Veículo: Motoneta Modelo: HONDA/BIZ 150KS Ano: 2011  
Placa: NRR6151/PB Chassi: 9E2JCA810BR002155  
Data do Acidente: 25/08/2019

Local e Data:

Princesa Isabel 31/10/2019

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MOveis  
Emilia Erica Alves Frazão - Tabelaria Interina  
Av. Dr. Macêdo Pinto, nº 300 - Centro - Princesa Isabel - PB  
Fone: (83) 3687-8000 | Celular: (83) 98887-0000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:

FRANCINEIDE VITORINO

Em test da verdade. Princesa Isabel-PB 31/10/2019 13:24hs

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente

[2019-008539]ENOL:R\$ 9,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AJ155566-HTL

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Certório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emilia Erica Alves Frazão  
Tabelaria Interina

## FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	61391	HORA	17:24	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	OPERADOR	OALVES		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI				
ORIGEM	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO				
MÉDICO	DOR NA Perna				
MOTIVO					
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a 6m	GENERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA MARCIONILA VITORINO				
FILIAÇÃO II	GERALDO VITORINO				
CIDADE	PRINCESA ISABEL	PB	58755000		
ENDEREÇO	RUA HERMÈS MAIA 101				
BAIRRO	MAIA				
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL	CELULAR	8399727974		
ELEFONE					
C.N.S.	786786509878819	IDENTIDADE	54667289		
C.P.F.	044.310.954-83	REG. NAC.			
NASCIMENTO	19/02/1982	COR	PARDO		
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR		

RESPONSÁVEL FRANCILBERTO VITORINO

Ass. Resp./Paciente

ANAMNÉSE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários):  
*pt. intus de cintura de moto (sic) c/ dor**Traus au guidon (sic)*

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

*Deridung.*EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X.*DIAGNÓSTICO *Z. intus rectocavitaris* CID \_\_\_\_\_

DADOS DA SAÍDA

Data 31/08/19Hora 11 H 30 Min

MOTIVO

- Alta Curado  Alta Melhorado  Alta a Pedido  
 Transferência  Evasão  Óbito

MÉDICO/CRM



Nome do Paciente:	Nº Prontuário:		
José Walber Vitorino	Enf.:	Leito:	
Data da Cirurgia: 20/08/17	1º Auxiliar: Jo F Spp		
Cirurgião: Jewarley	2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: Sed Sil	Tipo de Anestesia: Rogni		
Diagnóstico Pré- Operatório: fratura Colo femur			
Tipo de Cirurgia: fto clínico			
Diagnóstico Pós- Operatório: Orna			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

#### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

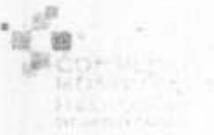
- ① fez em OOF sob suspen
- ② feito osteoposi e autógeno
- ③ feito náculo e fixado o fio e para fixar
- ④ feito Sutura
- ⑤ cura brava

#### RELATÓRIO DE CIRURGIA



Quirurgia Urológico

OT:	LEITO	CONVENIO	IDADE	REGISTRO:
16	02	305	37	32898
CIRURGIA		CIRURGIAO		
OPERA		ANESTESISTA		
Ribeiro		José Felisso		
INSTRUMENTADORA				
bidonne				



## NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi 24
✓	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✗	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✗	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Publicovalina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
L	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cefalotina 15 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		





ortopedia e traumatologia

Materias Medico Hospitalar EIRELI

5535

- Caixa Ponto
- Caixa Fixa

## PEDIDO DE VENDAS

139

Nº

卷之三

1 Page ante

卷之三

146

Data

Page 10 of 10

QUANTITATIVO - DESCRIÇÃO DO MATERIAL

500

1100

第1章 简介

卷之三

0302030813

CONO DE PAGAMENTO

3034

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Tambi - Camaragibe-PE - CEP 54361-000

EDONE: (81) 3129-2456

由例：Cambridge PE - CEP 2476

FONE: (81) 3129-2456 E-mail: ctomazs@uol.com.br  
CNPJ 14.784.338/0001-30 Ins. Fazenda 30552-000

UNP3 14.784 3.19 0001-30 - 1  
© 2000 Dennis E. Gruenwald, LLM, Attorney, Newark, NJ 07102



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166

Núm. 37465917 - Pág. 23

## FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: na?

Enfermaria:

Leito: \_\_\_\_\_ N° Prioritário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Name: Françolinha Surname: na?

Sexo: M Menino / Menina Idade: 32 Peso: kg Altura: m Cor: P

Data Nascimento: 2000 Pressão Arterial: 134/71 R.P.: 25 Respiração: —

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: — Hemática: — Hemoglobina: —

Uromalúrito: — Glucemia: — Ureia: — Outros: —

Ecografia: na? V.P.M.: —

Aparelho Respiratório: N2O Arma: — Bronquite: —

Aparelho Circulatório: N.O.N. Eletrocardiograma: H3

Aparelho Digestivo: ppm 112 Dentes: — Refluxo: — Ap. Urinário: —

Estado Mental: ca Ataraxicos: — Corticoides: — Alergia: — Hipotensores: —

Diagnóstico Pré Operatório: fru. xim Estado Físico: 1+1 Risco: —

Anestesia Anteriores: —

Medicação Pré-Anestésica: Aplicada às: Efeito:

Coprolax (2)  
Dipirona (2)  
Oxido Butano (2)  
Paracetamol (2)

INDUÇÃO:  
Salor: — Anest. — —  
Laringo Copacano: — Laringe: —  
Nausas: — Vômitos: —  
Outros: —

MANUTENÇÃO:  
Anestesia Sust. Sim: — Não: —  
Não porque: —

### DESPERTAR

Reflexos na SO: —  
Obstr.: — CO<sub>2</sub>: — Excr.: —  
Nausas: — Vômitos: —  
Outros: —  
Com canula: —  
para o leito sim: — não: —

Posic: 220

Agentes: N2O e parafina 15%, oxigênio 100%

Técnica: Regional

Clínejetes: Walls

Operação: fru. cir. fradogyn

Anestesiistas: —



### RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	61391	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	HORA	17:24
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO	OPERADOR	DALVES
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a. 6m

RESUMO CLÍNICO:

AGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

INTENÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA  Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

DESTINO  Residência  Atendimento domiciliar

Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_.

MÉDICO/CRM



Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

90 %

El\_9.53



Tibia/Fibula E, Lateral

000000026558

26/Ago/2019 16:00:06

FRANCILBERTO VITORINO, \*19/Fev/1982



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 26

Hospital Regional de Patos - RX

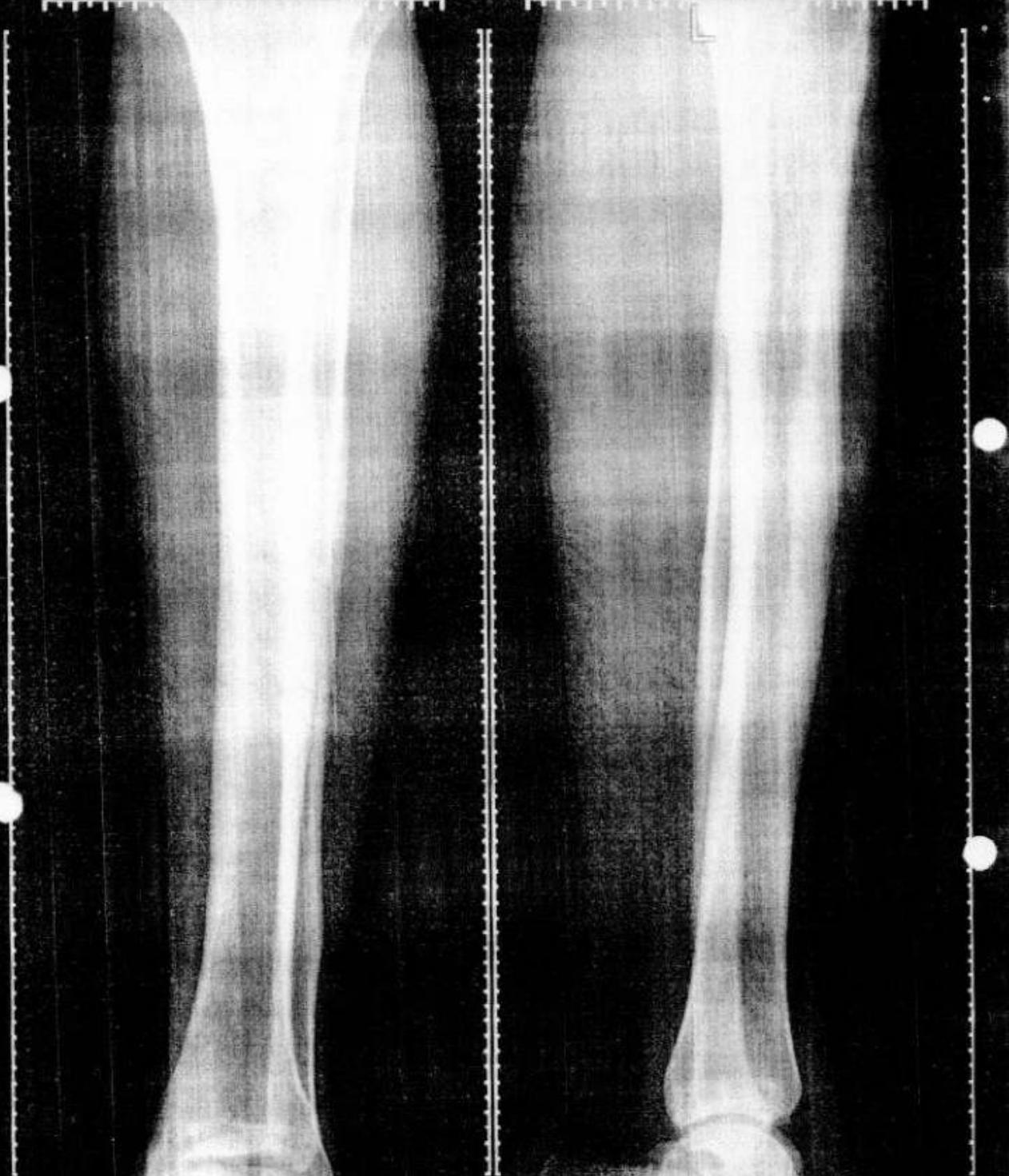
000000437816

65 %

El\_s:1043 000000437816

65 %

El\_s:899



Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:00 Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:16

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, . \*19/Fev/1982

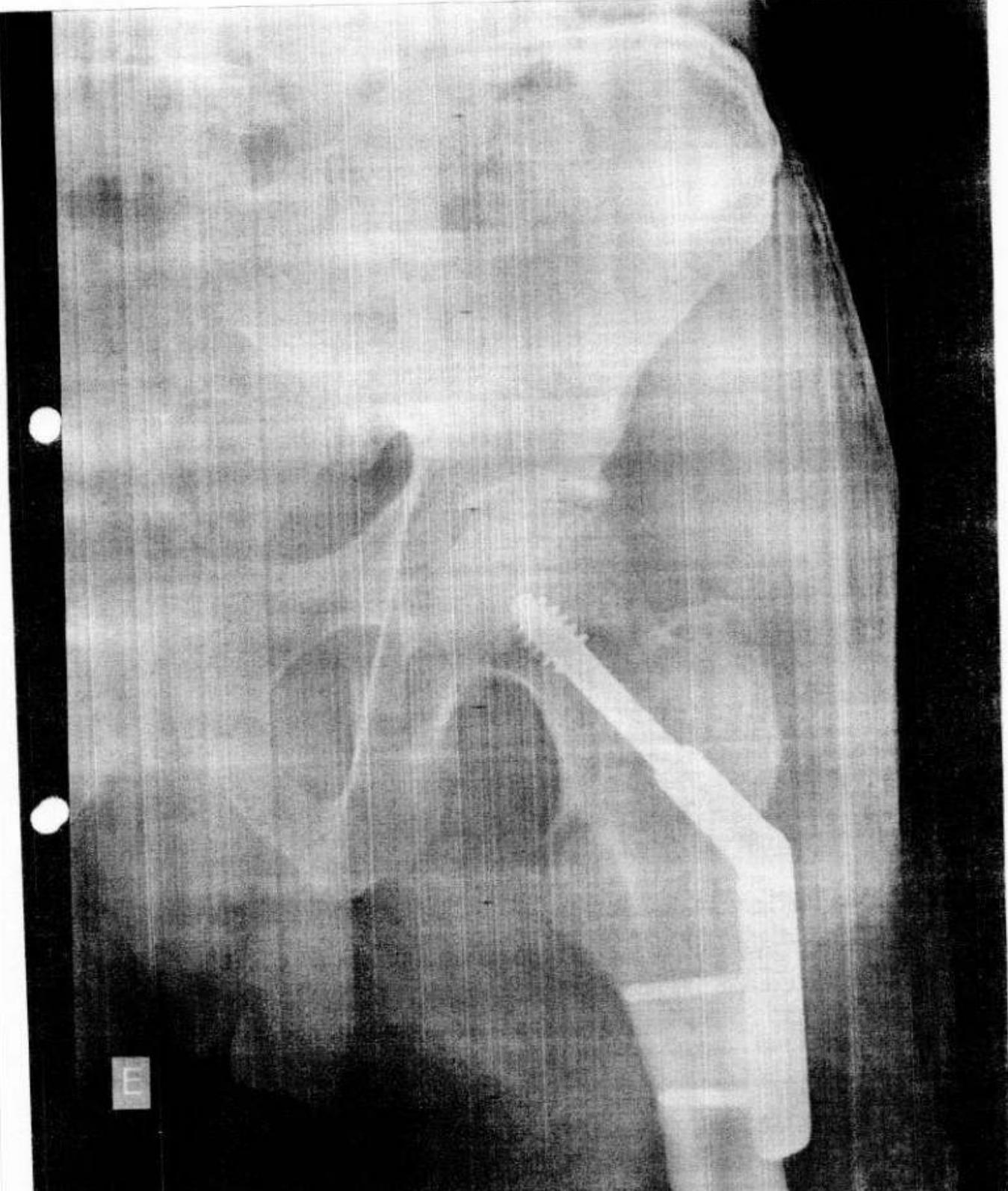


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 27



Nome: FRANCILBERTO VITORINO Data Nasc.: 19/02/1982

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 000000026558

30/08/2019 18:15:27

85,4 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 28

## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Francisco Viana

Da Clínica: Clínica Clássica  
A Clínica: Santa Terezinha

Enfermagem: 16  
Leito: 06

Motivo da consulta: Esclarecer os dados sobre os quais desejam saber e enumerar os principais sintomas do enfermo.  
Nível: Emergencial.

Data: 26/08/2019

PARECER: Paciente São Francisco Barbosa Viana Nego

Comorbidades ou alterações nutricionais:

PA = 120 x 80 mmHg

ECG = Rítmo Sinusal FC = 90 bpm  
(Ex: Transtorno ventricular e bradicardia)

Risco Cirúrgico = Baixo risco

27/08/19

06831482  
20120409242914900000035747166  
20120409242914900000035747166





Responsável Técnica:  
Dra. Rafaella Corvalho Balista - CRM 6692  
R. Peregrino Filho, nº 23, Patos - PB  
Fone: (83) 2143-1062 - labguimaraes@hotmail.com  
[www.labnet.com.br/guimaraes](http://www.labnet.com.br/guimaraes)

Paciente: FRANCILBERTO VITORINO  
Médico: Dr. SESIOM WANDERLEY  
Protocolo:  
Colaço: Hospital Regional de Patois

Sexo: M  
Idade: 37 anos  
Convênio: HRP  
Data: 27/08/2019  
Emissão: 27/08/2019

### COAGULOGRAMA

Material: Plasma citratado

### Valores de Referência

TEMPO DE PROTOMBINA (TAP)	12,5 segundos	12 a 15 segundos
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100%	70 a 100 %
Relação internacional normatizada - RNI	1,00	1,00 a 1,30
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27 segundos	24 a 39 segundos
Obs:		

Dra. Rafaella  
Corvalho Balista  
Biotecnóloga

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.



PACIENTE: FRANCISCO VICTORINO  
Nº REQUISITO: 17649EMISSÃO: 27/08/2019  
SEXO: M IDADE: 37HEMOGRAMA COMPLETO

MEDIDA	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
Hemoglobina	13,5	12,0 a 15,5	g/dl	

ERITROGRAMA

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
ERITROCITOS	4.36	4.00 a 5.00	10 <sup>12</sup> /mm <sup>3</sup>	FERMOS: 4 a 5,2 bilhões/mm <sup>3</sup> MASCULINO: 4,5 a 5,9 bilhões/mm <sup>3</sup>

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE
ERITROCITOS	13,5	12,0 a 15,5	g/dl

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE
ERITROCITOS	43,7	40,0 a 50,0	10 <sup>12</sup> /mm <sup>3</sup>

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE
ERITROCITOS	100,2	100	fl
ERITROCITOS	31,0	30	pg
ICM	30,9	30,0	g/dl
ICM	13,6	13,0	g/dl

LEUCOGRAMA

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
LEUCOCITOS	4.300	2.000 a 10.000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
NEUTROFILOCÍTOS	000	0000	%	0 a 100
NEUTROFILOCÍTOS	000	0000	%	0 a 100
NEUTROFILOCÍTOS	000	0000	%	0 a 100
NEUTROFILOCÍTOS	03	0129	/mm <sup>3</sup>	NORMAL
SEGMENTADOS	66	2838	/mm <sup>3</sup>	NORMAL
SEGMENTADOS	03	0129	/mm <sup>3</sup>	NORMAL
BASOFILOS	000	0000	%	0 a 1
BASOFILOS	000	0000	%	0 a 1
LINFÓCITOS	19	8917	/mm <sup>3</sup>	NORMAL
MONOCITOS	09	3887	/mm <sup>3</sup>	NORMAL

CONTAGEM DE PLAQUETAS

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
CONTEGEM DE PLAQUETAS	188.000	100.000 a 450.000	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA:.....  
SÉRIE BRANCA:.....  
SÉRIE PLATELETARIA:.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ESTAMPA  
SUELIO MOREIRA TORRES  
Assinado eletronicamente em 04/12/2020 09:24:29  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166



（大英圖書出版社）

GOVERNO  
DA PARAGUAI

33-00000

SLO 80

## GLICOSE

第二章 人物

#### REFERENCIAS

二〇〇〇

CHINA 2, NO. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012040924291490000035747166>  
Número de documento: 2012040924291490000035747166

Num. 37465917 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 33



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETINHO

L	DETAN - PB	Nº 011348398315
A	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
C	VIA - COD. REA PRT - 20141600000655-9	
R	1 0047619083-5 00/00000000	2014
E	NOME FRANCINEIDE VITORINO	
0	CPF / CNPJ 03754128400	PLACA NPR6151/PB
0	PLACA ANT / MFT NOVO PB	CHASSI 9C2JC4810BR002155
0	ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
0	MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS	ANO FAB. / ANO MOD. 2011 / 2011
0	CAP / POT / CIL. 2 P/124 / CI	CATEGORIA PARTIC
0	COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 21/02/2014	VENC. COTA ÚNICA 1 <sup>a</sup>
0	FADA LPIA.	PARCELAMENTO / COTAS 0
0	PREMIO TARIFARIO (R\$) *****	PREMIO TOTAL (R\$) *****
0	DATA DE PAGAMENTO SEGURO P A G O 21/02/2014	
0	OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
0	CATÓDICO	
0	0	
0	PRINCESA ISABEL-PB	
0	34274	
0	21/02/2014	
0	39331	

DETINHO

SEGURADO NO TERRITÓRIO DE DADOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011348398315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvalsegurodotransito.com.br](http://www.dpvalsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014	DATA EMISSÃO 21/02/2014	
VIA 1	CPF / CNPJ 03754128400	PLACA NPR6151/PB
RENAVAM 00476190835	MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS	
ANO FAB. 2011	CAT. TAN. 9	Nº CHASSI 9C2JC4810BR002155
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FINS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
VALOR DO BILHETE (R\$) *****	VALOR DO SEGURO (R\$) *****	VALOR DO SEGURO PAGO PAGO
S COTA ÚNICA	PAGAMENTO PARCELADO	21/02/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.609/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

TAXA / DATA  
39331-1032403-20140221

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
1.957.882 -2 VIA

DATA DE  
EMISSÃO  
01/05/2012

NOME  
FRANCINEIDE VITORINO

NASC. N. 3976 FLS 15V LIV A-5

CPR CARTÓRIO PRINCESA ISABEL-PB

037-541-284-00

Assinatura do tutor

LEI Nº 7.160 DE 20/07/1980

SÁIA DE BANCHEIRO

30/01/1978



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190681573      **Cidade:** Princesa Isabel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCILBERTO VITORINO      **Data do acidente:** 25/08/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MARCHA  
CLAUDICAÇÃO , LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO QUADRIL .

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/12/2019

**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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: FRANCILBERTO VITORINO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 54.807.206-3 - Sif-SP  
CPF: 044.310.954-03  
Profissão: AGRICULTOR  
Endereço: RUA: HERMES NAIA, SN, NAIA. P. ISABEL. PB  
CEP: 59.755-000  
Telefone: 83-999-32-44-13

**OUTORGADO:**

Nome: RÔMULO DE SOUZA FERRAZ  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: DIVORCIADO  
Identidade: 15.68258-559-PB  
CPF: 839.806.284-34  
Profissão: COMERCIALTE  
Endereço: RUA: RAFAEL ROSAS, SN, MAIA, P. ISABEL - PB  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83 - 999.37-44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCILBERTO VIEIRINHO

Princesa Isabel 28/10/2019

Local e data

\* Francilberto Vitorino

**Assinatura do OUTORGANTE**

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emilia Erica Alves Frazão  
Tabelária Intendente



Sinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

Assinado eletronicamente por: JOSÉS MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>

Número do documento: 20120409242914900000035747166



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436644/19

**Vítima:** FRANCILBERTO VITORINO

**CPF:** 044.310.954-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/08/2019

**Titular do CPF:** FRANCILBERTO VITORINO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

#### FRANCILBERTO VITORINO : 044.310.954-03

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019  
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ  
CPF: 839.806.284-34

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409242914900000035747166>  
Número do documento: 20120409242914900000035747166

Num. 37465917 - Pág. 38