



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	
FRANCILBERTO VITORINO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37465917	04/12/2020 09:24	<a href="#">2770446_CONTESTACAO_Anexo_02</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, 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

Carta nº 15205908

Pag. 00491/00492 - carta\_01 - INVALIDEZ

00040246





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1931 999-32.44-13

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

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

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO

27/11/2019

VALOR DINHEIRO

08677398515306

VALOR TOTAL

2300

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

2300

NR. AUTENTICAÇÃO

1

A. 588.518,816,059,07A

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



**Lauda 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 DEFICIT 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>QUADRIL - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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. Genesio A. Silva**  
CRM: 15.132  
Ortopedia-Traumatologia  
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA 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:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 603/2019, LIVRO nº 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 dá acesso a rua São Roque, freou o pneu dianteiro, vindo a perder o controle da moto caindo ao solo; Que fui socorrido 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 Nº 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

Assinatura  
155.680-1

DELEGACIA DE POLÍCIA  
CIVIL  
Princesa Isabel-PB

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: 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755.000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999-32.44-13

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Assinatura legível da vítima ou seu representante legal

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

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. 7



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

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO

27/11/2019

VALOR DINHEIRO

086773985115306

VALOR TOTAL

2300

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

2300

1

NR. AUTENTICAÇÃO

A.588.518.816.059.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: 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999-32.44-13

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

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

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO 27/11/2019

VALOR DINHEIRO 08677398515306

VALOR TOTAL 230

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS 230

NR. AUTENTICAÇÃO 1

A. 588.518.816,059,07A

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  
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina  
Nº de Matrícula: Princesa Isabel, PB - Cód. - Princesa Isabel-PB - 5875-000  
Fone: (33) 3457-2419 - E-mail: [emilia@tjpb.jus.br](mailto:emilia@tjpb.jus.br)

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original  
apresentado. Em testemunho da verdade,  
Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:32:57

Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina  
[2019-004298] EMOL:R\$ 2,48 FASE:R\$ 0,29 REPJ:R\$ 0,30

SELO DIGITAL: A3D86608-ZKD9  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*Emília Érica Alves Frazão*  
Tabelião Interina

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emília Érica Alves Frazão  
Tabelião Interina

**SANDRO FERREIRA DA LUZ**  
Diretor Geral  
Mat.019.035

*Ernesto Manguiera de Souza*  
**Ernesto Manguiera de Souza**  
Diretor Administrativo  
Mat. 1020

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.858.968/0001-08  
Fone: (83) 3457-2419 - Email: [atendimento@hospitallima.pb.gov.br](mailto:atendimento@hospitallima.pb.gov.br) - [secretaria@hospitallima.pb.gov.br](mailto:secretaria@hospitallima.pb.gov.br)  
Fanpage - [www.facebook.com/hospitallima.pb.gov.br](https://www.facebook.com/hospitallima.pb.gov.br) - Instagram: @prefeituradeprincesa





# 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



**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: 0800-1596 / 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, Francilberto Xitorino,  
RG nº 54.807.206-1, data de expedição 18/10/2010  
Órgão SSP/SP, CPF nº 044310954/03  
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)	<u>Hermes Maia</u>
Número	<u>303</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Maia</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999387328</u>
E-mail	

**Por ser verdade, firmo-me**

Local e Data: P. ISABEL - 26.11.2019

X Francilberto Xitorino

Assinatura do Declarante



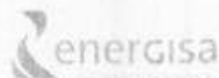


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento emitido em 04/12/2020

Documento emitido e registrado no BCB

Boleto para pagamento emitido em 04/12/2020 às 09:24:29 Nº 204 042 211



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R- 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 06.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA MARCIONILA VITORINO  
RUA HERMES MAIA 101  
PRINCESA ISABEL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/265902-7

## REFERÊNCIA

NOV/2019

## APRESENTAÇÃO

12/11/2019

## CONSUMO

114

## VENCIMENTO

06/12/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 113,27

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/11/2019				
Pagador: MARIA MARCIONILA VITORINO CNPJ/CPF: 394.845.484-15				
RUA HERMES MAIA 101 - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Numero	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008501093	000265902201911	06/12/2019	R\$ 113,27	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
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

## 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)	RUA: RAFAEL ROSAS
Número	SN
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	PRINCESA ISABEL
Estado	PARAIBA
CEP	58.755-000
Telefone de Contato	(83) 999 324413
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Rômulo de Sousa Ferraz

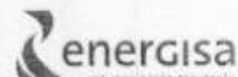


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é garantia de conta

Boleto para sempre pagamento da conta tipo 400000 de energia elétrica Nº 025.946.008



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-4

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

### REFERÊNCIA

JUN/2019

### APRESENTAÇÃO

05/06/2019

### CONSUMO

74

### VENCIMENTO

06/07/2019

### TOTAL A PAGAR

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	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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



## 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

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 Nº 044.310.954-03

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da Vítima

FRANCILBERTO VITORINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº

044.310.954-03

, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

RECUSOU-SE

Renda:

RECUSOU-SE

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA: RAFAEL ROSAS

Número:

5N

Complemento:

CASA

Bairro:

MATA

Cidade:

P. ISABEL

Estado:

PB

CEP:

58.755-000

E-mail:

11

Tel.(DDD):

Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Romulo de Sousa Ferraz

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



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. 18

**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, Francineide Xitorino  
RG nº 195788-2, data de expedição 21/02/2014  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 037.541.284-00  
com domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
General Wamir Barboza de Almeida nº 83  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Francielberto Xitorino, cujo o condutor era  
Francielberto Xitorino  
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA/BIZ 125KS Ano: 2011  
Placa: NRR 6151/PB Chassi: 9C2JCA810BR002155  
Data do Acidente: 25/08/2019

Local e Data: Princesa Isabel 31/10/2020

Francineide Vitorino  
Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s(s) de:  
FRANCINEIDE VITORINO

Em tort da unidade, Princesa Isabel - PB 31/10/2019 13:28:57

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente  
CP010-DU-5323CMH-04 49 01 CAPPEM-04 0 29 FEPJ-04 1.98

SELO DIGITAL: AJ155586-INTL7

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

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MÓVEIS

Emilia Álica Alves Frazão - Tabela Interna

Phone: (303) 440-7500 | Email: [info@2ndharvest.org](mailto:info@2ndharvest.org)

Verdadeira, a(s) Fim(s) de: *11/11/2011*

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

Isabel-FB 31/10/2019 13:24:57

- Escrivente

RFEN:R\$ 0.29 FEPJ:R\$ 1.98

1990

https://spiraldigital.tish.ies.bham.ac.uk/review

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emília Erica Alves Frazão  
Tabelão Interina



# FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	61391	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	HORA	17:24
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	OLVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	DOR NA PERNA		
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a 6m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA MARCIONILA VITORINO		
FILIAÇÃO II	GERALDO VITORINO		
CIDADE	PRINCESA ISABEL PB	58755000	
ENDEREÇO	RUA HERMES MAIA 101		
BAIRRO	MAIA		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL	CELULAR	8399727074
TELEFONE			
C.N.S.	786786509878019	IDENTIDADE	54807280
C.P.F.	044.310.954-03	REG. NAC.	
NASCIMENTO	19/02/1982	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL FRANCILBERTO VITORINO Ass. Resp./Paciente *Francilberto Vitorino*

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

*St. nítida de acidente de moto (sic) com  
Trauma no quadril (L) -*

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

*Dor + edema.*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X.*

DIAGNOSTICO *Fratura Transcrotal* CID \_\_\_\_\_

DADOS DA SAÍDA

Data *31/08/19*

Hora *9* H *30* Min

MOTIVO

( ) Alta Curado (x) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM



Nome do Paciente: <u>Lucas Bento Vitorino</u>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <u>30/08/15</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Deuclerison</u>	1º Auxiliar: <u>João F. S. M.</u>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: <u>Se. S. L.</u>	Tipo de Anestesia: <u>loqui</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fratura do colo fem.</u>		

Tipo de Cirurgia: <u>fto cirurgia</u>
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Drusio</u>
Relatório Imediato do Patologista:
Exame Radiológico no ato:
Acidente Durante a Cirurgia:

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① fto em 00H sob anest.
- ② fto de acesso e antissepsia
- ③ fto de redução + fixação do fto + placa + parafusos
- ④ fto Sutura
- ⑤ fto Drusio

### RELATÓRIO DE CIRURGIA









## PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ Calica-Fixes

1550

NF N°

15 JULY 2004

Frontiero

Franchino

Vendedor

Vendedor	
----------	--

Figure 1

Agente

Dialo

Date 2/15/13

Abstract

Instrumentador

Instrumentador:

## Convenio

Convênio			
----------	--	--	--

### Drop-in clinics

ProcedimentoCOND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Page 10 of 10

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibo/PE - CEP 54765-135

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromas@da2gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Amarela - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comércio



# FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HP Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome: Francisco Vitorino

Sexo: masculino Idade: 32 Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ cm Cor: P

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Pressão Arterial: 130/80 Pulso: 90 Respiração: \_\_\_\_\_

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Hemácrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Ureia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Antecedentes: Enfermidade

Aparelho Respiratório: Não Asma: \_\_\_\_\_ Brônquite: \_\_\_\_\_

Aparelho Circulatório: Não Eletrocardiograma: FS

Aparelho Digestivo: sem problemas Dentes: \_\_\_\_\_ Pálpebras: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_

Estado Mental: normal Ataxia: \_\_\_\_\_ Corticoides: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-Operatório: fraco Estado Físico: 1 Tóxico: \_\_\_\_\_

Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_

Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_

Tempo	Observações	INDUÇÃO
14:00 - 14:10	Indução com Propofol (20 mg) e Fentanyl (50 mcg)	Saturação <u>95%</u> Laringe Espasmo <u>Não</u>
14:10 - 14:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Náuseas <u>Não</u> Vômitos <u>Não</u>
14:20 - 14:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Outros _____
14:30 - 14:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	MANUTENÇÃO
14:40 - 14:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Anestesia Sabida Sim <u>Não</u>
14:50 - 15:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Não porque _____
15:00 - 15:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	DESPERTAR
15:10 - 15:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Reflexos na SO _____
15:20 - 15:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Obstr. <u>Não</u> CO2 <u>Exat</u>
15:30 - 15:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Náuseas <u>Não</u> Vômitos <u>Não</u>
15:40 - 15:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Outros _____
15:50 - 16:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	Com cânula para o peito sim <u>Não</u>
16:00 - 16:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
16:10 - 16:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
16:20 - 16:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
16:30 - 16:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
16:40 - 16:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
16:50 - 17:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:00 - 17:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:10 - 17:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:20 - 17:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:30 - 17:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:40 - 17:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
17:50 - 18:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:00 - 18:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:10 - 18:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:20 - 18:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:30 - 18:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:40 - 18:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
18:50 - 19:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:00 - 19:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:10 - 19:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:20 - 19:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:30 - 19:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:40 - 19:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
19:50 - 20:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:00 - 20:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:10 - 20:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:20 - 20:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:30 - 20:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:40 - 20:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
20:50 - 21:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:00 - 21:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:10 - 21:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:20 - 21:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:30 - 21:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:40 - 21:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
21:50 - 22:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:00 - 22:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:10 - 22:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:20 - 22:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:30 - 22:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:40 - 22:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
22:50 - 23:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:00 - 23:10	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:10 - 23:20	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:20 - 23:30	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:30 - 23:40	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:40 - 23:50	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	
23:50 - 00:00	Manutenção com Propofol (10 mg) e Fentanyl (25 mcg)	

## RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 61391

DATA 26/08/2019

HORA 17:24

MÉDICO

DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO

PRONTUÁRIO 32899

OPERADOR OALVES

PACIENTE

FRANCILBERTO VITORINO

IDADE 37a 6m

RESUMO CLÍNICO:

Leve melhora clínica após 24h de internamento. Sem sinais de infecção. Evolução satisfatória.

AGNÓSTICO:

Leve melhora clínica após 24h de internamento.

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1.000 mg de ampicilina

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Estabilidade clínica.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Continuar com a medicação prescrita.  
- Retornar ao trabalho após 7 dias.

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

000000437818

90 %

EL\_s53



Tibia/Fibula E, Lateral

26/Ago/2019 16:00:06

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, \*19/Fev/1982



Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

65 %

EI\_s:1043

000000437816

65 %

EI\_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

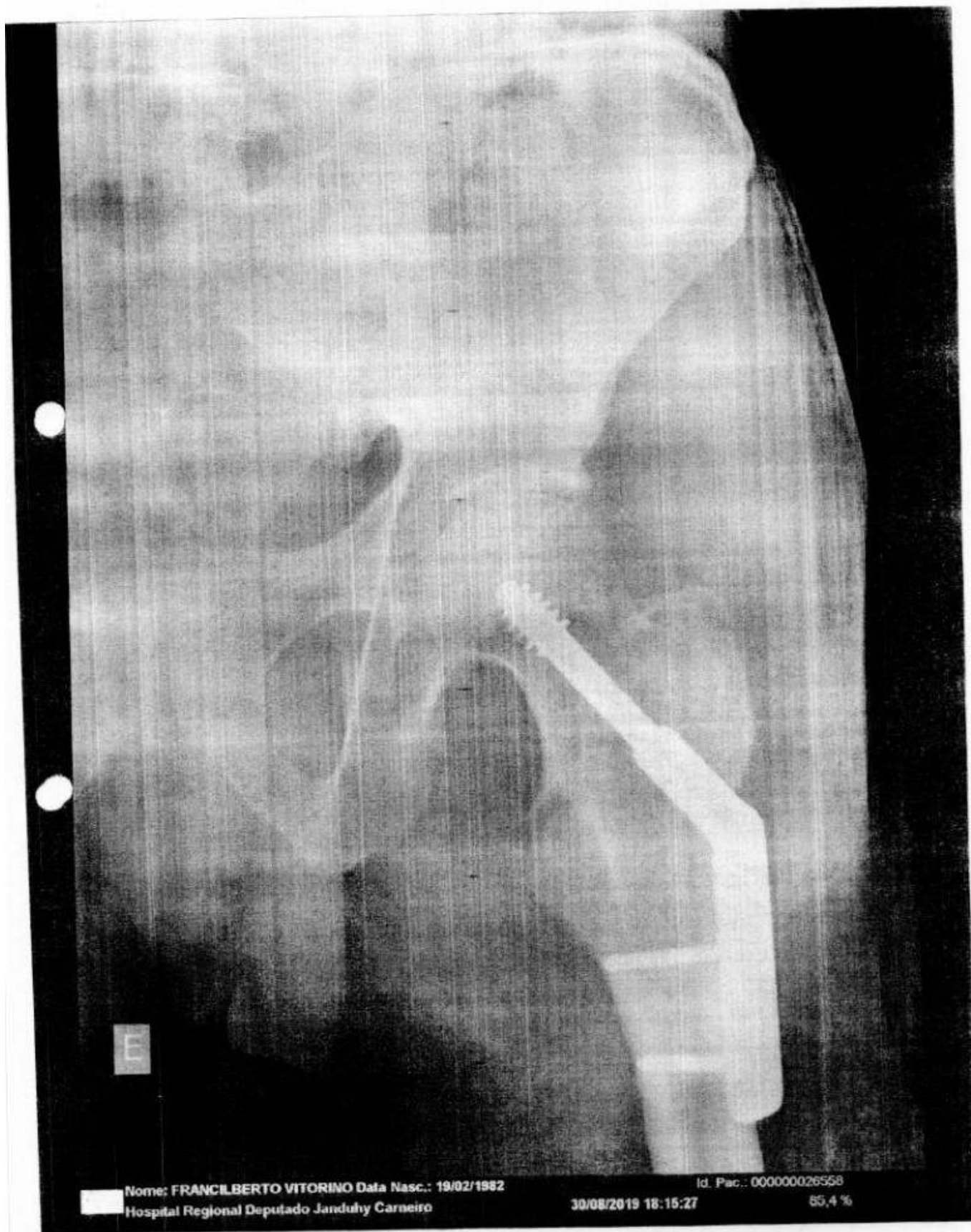


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:24:29

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

Número do documento: 20120409242914900000035747166





Nome: FRANCILBERTO VITORINO Data Nasc.: 19/02/1982  
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000026558

30/08/2019 18:15:27

55,4 %





## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Franalberto Viana

De Clínica: Clínica Cirúrgica  
A Clínica: Santa Helena

Enfermagem: 16  
Leito: 06

Motivo da consulta (descrever os dados sobre os quais se solicita e numerar as principais anamneses do enfermo):  
Doença cirúrgica.

Data: 26.08.2018

PARECER:

Paciente Sem sinais Cardiológicos Novo  
Comentários ou alterações medicamentosa.

Pa = 120 x 80 mmHg

ECG = Ritmo Sinusal Fc = 90 Bpm  
Ex Transitoles Ventriculares e Cruzados

Risco Cirúrgico = Baixo Risco

27.08.18

0684-1880  
KIMIELLA DE FARIAS



Responsável Técnica:  
Dra. Rafaela Carvalho Batista - CRBM 5592

R. Peregrino Filho, nº 23, Picos - PB  
Fone: (83) 3147-1062 - labquimaraes@hotmail.com  
www.labnet.com.br/quimaraes

Paciente: FRANCILBERTO VITORINO  
Médico: Dr. SESIOM WANDERLEY

Protocolo:

Colata: Hospital Regional de Patos

Sexo: M  
Idade: 37 anos  
Convênio: HRP

Data: 27/08/2019

Emissão: 27/08/2019

### COAGULOGRAMA

Material: Plasma citratado

### Valores de Referência

TEMPO DE PROTROMBINA (TAP) 12,5 segundos  
ATIVIDADE DE PROTROMBINA 100%  
Relação internacional normalizada - RNI 1,00  
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL 27 segundos  
ATIVADA  
Obs:

12 a 15 segundos  
70 a 100 %  
1,00 a 1,30  
24 a 39 segundos

Dra. Rafaela  
Carvalho Batista  
Biotécnica

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



PACIENTE: FRANCISBERTO VITORINO  
Nº REQUISIÇÃO: 17549EMISSÃO: 27/05/2019  
SEXO: M IDADE: 37

## HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL: SANGUE

Método: J

Unidade: g/dl

VALOR DE REFERÊNCIA

## ERITROGRAMA

HEMATÓCITOS	4.36	milhões/mm³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm³
			MASCULINO	4,5 a 5,9 milhões/mm³
HEMATOCRITA	13.5	%	FEMININO	12 a 14
			MASCULINO	13,5 a 15,5
HEMATÓCRITO	43.7	%	FEMININO	35 a 44
			MASCULINO	41 a 48
VPM	100,2	fL	NORMAL	80 a 100
RDW	31,0	pg	NORMAL	24 a 34
RDW	30,9	g/dl	NORMAL	31 a 35
RDW	13,6	%	NORMAL	11 a 15

## LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	4.300	/mm³	NORMAL	4.000 a 10.000
NEÚTRÓFILOS	000	%	NORMAL	0 a 0
LINFÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
MONÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	03	%	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	66	%	NORMAL	50 a 65
EOSINÓFILOS	03	%	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS	000	%	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS	19	%	NORMAL	20 a 40
MONÓCITOS	09	%	NORMAL	2 a 8

## CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS	188.000	/mm³	NORMAL	150.000 a 400.000
-----------------------	---------	------	--------	-------------------

## OBSERVAÇÃO

SERIE VERMELHA.....  
SÉRIE BRANCA.....  
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

## OUTRAS OBSERVAÇÕES

CRISTINA L. MOREIRA  
Enfermeira  
Luzia dos Santos  
Luzia dos Santos













## 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 DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MARCHA  
CLAUDICAÇÃO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: FRANCILBERTO VITORINO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 54.807.206-1 - SP - SP  
CPF: 044.310.954-03  
Profissão: AGRICULTOR  
Endereço: RUA: HERMES MATA, SN, MATA, P. ISABEL - PB  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83 - 999-32-44-13

### OUTORGADO:

Nome: Rômulo de Souza Ferraz  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: DIVORCIADO  
Identidade: 15.682.58-99 - PB  
CPF: 839.806.284-34  
Profissão: COMERCIANTE  
Endereço: RUA: RAFAEL ROSAS, SN, MATA, P. ISABEL - PB  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83 - 999-32-44-13

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 pericia 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 VITORINO

Princesa Isabel 28/10/2019

Local e data

X Francilberto Vitorino

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

7 TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Erica Alves Frazão - Tabelião Interino  
Rua: Manoel Pereira Lima, 100 - Centro - Princesa Isabel  
Fone: (83) 9975-5240 (E-mail: eefrazao@tjpb.com.br)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
FRANCILBERTO VITORINO  
Em testada verdade, Princesa Isabel - PB 31/10/2019 15:21:05  
Isabel Maline Frazão da Silva - Escrevente  
T2019-0063387EMOL:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98  
SELO DIGITAL: A7155565-MW2

(autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>)

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emília Erica Alves Frazão  
Tabelião Interino



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436644/19

**Vítima:** FRANCILBERTO VITORINO

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

**CPF:** 044.310.954-03

**CPF de:** Próprio

**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

