

---

**Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200221259**

**Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 03/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovação de registro de acidente declarado</b>	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221259                      Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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):

## 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(a) nascido(a)? ☐ 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 apresentar em o prazo em 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 45148 0388

SEVERINO JOSÉ DOS SANTOS

01/42 013 00092969-8 05/21

MasterCard

disponível





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 030981.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 030981.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:20 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **SEVERINO JOSE DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de João Pessoa, nascido(a) em 22/04/1957, idade 63, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DO CARMO DE CARVALHO e JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS, CPF 026.661.564-35, residente e domiciliado(a) no(a) RUA FERNANDO DE LACERDA COELHO, nº 141, bairro ALTO DA BOA VISTA, na cidade de Guarabira/PB. CEP: 58200000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 03/05/2020 13:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA JARDIM, PRIMAVERA, Guarabira/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA CG 150 FAN ESI, ANO/MOD 2012, COR PRETA, PLACA NQB 6533/PB, CHASSI9C2KC1670CR487620, em nome do DECLARANTE, quando vinha pilotando a moto momento em que outra moto não identificada colidiu de frente, perdendo o controle e caiu ao chão sendo socorrido pelo BOMBEIROS para o hospital Regional e em seguida para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

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

*Severino José dos Santos*

SEVERINO JOSE DOS SANTOS

9576403EA9B9887863AE0D7FE712231

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



## Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
026.661.564-35 Severino José dos Santos

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

5 - Nome completo: Severino José dos Santos 6 - CPF: 026.661.564-35  
7 - Profissão: Preciso 8 - Endereço: Rua Fernando Lacerda Galvão 341  
9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Alto Bela Vista 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

## 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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 92969 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 quem 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  
☒ IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Devido 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 a 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. 8º, §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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 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 apresentar em o prazo em 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 45148 0388

SEVERINO JOSÉ DOS SANTOS

01/42 013 00092969-8 05/21

MasterCard

disponível



## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
DO HOSPITAL: Regional de Guarabira  
PARA O HOSPITAL: Transmídia João Pessoa  
MÉDICO ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ DATA: 03 / 05 / 2020

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Severino José dos Santos SEXO: M.  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ IDADE: 63a  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: PB

### ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Paciente vítima de colisão moto x moto, com  
lesão externa em dorso de pé (E), com lesão  
dos extensores dos dedos.

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Dipirona 2g  
Tenox com 40mg  
Cefalotina 2g  
SAT 5.000 U.I

Obs: Leu com o curativo em  
21.03.2020, sem lesões  
suturadas.

### DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: Lesão dos extensores dos dedos do pé (E). CID: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):

  
Dr. José Jandá  
Cirurgião Geral  
CRM/RN 8364 / CRM/PB 11751

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GCV. TARCISIO EURITY

RA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

6036-184 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

PAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 316194

Data: 03/05/2020

Hora: 16:35:58

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAUJO

Clinica: ORTOPEDIA

Atd: Nao Regulado

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 026.661.564-35

Sexo: M IDENTIDADE: 620008 Fone: 988429602

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1957 Id: 63 ano(s)

End.: RUA FERNANDO LACERDA COELHO, 141

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: GUARABIRA UF: PB

Mae: MARIA DO CARMO DE CARVALHO Pai: JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS

Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.05.000170

INFORMACOES DE ENTRADA

Nome: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Pai/Doc. Responsavel: 988429602 / IDENTIDADE: 620008

Procedencia: HOSPITAL HRG

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

Escolaridade: NAO INFORMADO

TC: 620008

DATA: 04/05/2020

Hora: 15:36

PRÉ-CONSULTA

Tipos de Classificação de Risco:

PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

TC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado

21 - Abd: C2%: [ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com LHA e tussão

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

ad: intermitente

pl 4to cur.

2068442  
Ortopedia-traumatologia  
Dra. Jacara Fernandes Florencio

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Severino José dos Santos **Data da Admissão:**   /  /    
**Prontuário:**                      **Idade:**              **Enfermaria:**              **Leito:**               
**Nome da Mãe:**                                       
**Endereço:**    **Bairro:**                       
**Cidade:**                      **Estado:**              **Fone:**              **Profissão:**                       
**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:**              **Estado Civil:**                      **Religião:**                       
**Escolaridade:**                      **Data de Nascimento:**   /  /  

**QPD:** Leve Estomatose a/c

**HDA:** Intervenção P/HO  
avulso.

**Medicações em uso:**   

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso        Kg em        ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:                     

**Pele:**   

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

**AR e ACV:** ☐ Dor                                      ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema                      **Outros:**                     

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

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:                     

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

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





# 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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000092969-8

---

Nr. da Autenticação B3B89B5946A1D97E

CWICNRJFANI 112.235 064-08

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo R1  
Classe RES M C B / Subclasse BARRA RENDA  
Ligação MINIOFASCO  
Roteiro 18-22 - TE-3255 Nº Vendas: 0000072999



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1251913-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001251913

**VALOR DA FATURA**

R\$ 93.47



**VENCIMENTO**

03/04/2020



#### REFERÊNCIA

Mar / 2020



## CONSUMO

131kWh

4.58 KINH  
VEDA DANDA  
LETURA  
CONFIRMADA

### SITUAÇÃO DE DÉBITOS

## DESCRITIVO

GO	Descrição	Quant	Taxada Tributar	Valo Base Calc. Total (R\$)	Alig. ICMS (R\$)	LIQMS Base Calc. (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	4.4036%	
0001	Consumo de 1000W-HR	30	0.089870	2.696	8.08	27	2.68	8.08	0.08	0.26
0001	Consumo de 1000W-HR	30	0.480880	12.24	32.24	27	9.76	32.24	0.31	1.42
0001	Consumo de 01x220Volts-50	71	0.630060	21.41	21.41	27	5.70	21.41	0.29	0.94
0010	Receitas			38.95	38.95	27	12.49	38.95	0.37	1.12
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS									
0007	CONTRATO DE SUPRIMENTO			7.49	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	JUSTIC DE RELACAO NORMAL 08/2020			2.42	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JARDIM DE MORADIA 02/2020			5.12	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JARDIM DE MORADIA 11/2019			3.01	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0004	JARDIM DE MORADIA 12/2019			1.50	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	MULTIPLUG SUBSIDIO			1.46	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	MULTIPLUG SUBSIDIO			1.27	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	MULTIPLUG SUBSIDIO			1.90	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	ATUALIZACAO COMPLETA 12/2019			1.36	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0008	Desconto Subsidio			-68.26	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00

CC: Carga de Classeificação do Item	TOTAL	5047	100,00	27,15	100,00	0,00	4,43
Tarifa de Tributo: Atá 300kwh 0,161720 Atá 500kwh 0,311620 Atá 220kwh 0,467570							

## RESERVADO AO FISCO

[illegible][illegible]

**PRÓXIMA LEITURA**

### INDICADORES DE QUALIDADE

ÍTELA	GENSAL	AFURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DETERMINADO (R\$)
Honorários de advocacia em causa de 1.º grau	5,78	0,00	15,00	23,00
Honorários de advocacia em causa de 2.º grau	5,78	0,00	9,00	18,00
Direitos de consulta e intimação de defesa e de acusação	9,37			
Direitos de consulta e intimação de acusação	12,22			

**ATENÇÃO**

- **Artes Sociais de Energia Básica** - TCC da Universidade Leônidas de Azevedo, de 26 de abril de 2002.  
Para acessar o trabalho clique em **Energia básica** e depois em **Energia básica para o povo**. Quando aparecer a seguinte mensagem: **App**  
**Energy Basic** - **Www.energia.org.br** clique em **Energy Basic**.

ENERGISA PARAGUAI, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. - D-250, Km.35 - Círculo Recreatorio - Jate Pessoa/TS - CEP 59071-890  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.829-0

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Nº041.278.278 - Emissão: 27/08/2025

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponivel para consulta e pagamento a partir de 27/03/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 13834.793179 5 82140000009347

FABRADOR MARNALVA RICARDO LEITE - OFF/CHPJ-052 338 864-05

RUA FERNANDO LACERDA COELHO, 141 - ALTO BOA VISTA  
QUARABITA / PB CEP: 58200-000

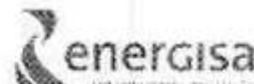
Nº do Documento	Data de Vigência	Nº do Documento	Valor Pago
2024012001384755	2025-12-31	2024012001384755	R\$ 03,47

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal emitida pela energia paraibã. Nº 044.638.249



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.821-0

**BANCO DO CLIENTE**  
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOÃO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

**5/1698281-1**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
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				

# 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/BIBLIO/ECAWEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <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 9.633/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Severino José dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.661.564/35

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Severino José dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.661.564/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/06/2020

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. - CND - ESTADO DE: 1054162 SSP PB
	CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1967
	NACAO:
	NOME: JOSEIA GERVASIO DA SILVA
PERMISSAO: <input checked="" type="checkbox"/> AUTOMOBILISTA <input type="checkbox"/> VEICULO <input type="checkbox"/> CATANIA <input type="checkbox"/> AD	
1ª EMISSAO: 00724153162	2ª EMISSAO: 10/11/2015 1ª VALIDADE: 06/04/1989
OBSERVAÇÕES:	
	
AUTENTICACAO POR CND:	
LOCAL: JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSAO: 11/11/2014
Assinatura: <i>Roberto Carneiro Neto</i>	
60378988469 98029545609	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
1009001575

PROBETAS PLASTIFICAR  
1009001575



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DE SAN - PB Nº 01479897007  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
1 0045683028-6 00/00000000 2019

SEVERINO JOSE DOS SANTOS

02666156435  
NOVO PB 9C2KC1670CR487620

2302/MOTOCICLE/NAO APLIC  
CATEGORIA 2 2/149 /CI  
COP PREC/MAR/11 11.573

1 00/0000  
2 00/0000  
3 00/0000

SEM RESERVA DE DOMINIO  
PAGO 08/05/2019

GUARABIRA-PB 08/05/2019 42030

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

PB Nº 01479897007 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 02666156435  
56830286 MONDA/CG 150 FAN EST  
2012 9 9C2KC1670CR487620

PRÊMIO TARIFARIO  
PAGO 08/05/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

42030-0938001-0190508

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Severino José dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Fernando da Azevedo Celino 121, bairro Alto da Boa Vista, Município de Guarabira, Estado de(o) PA, Cep 53200-000, portador(a) do Rg nº 620.008, SSP/PA e CPF nº 026.661.564-35

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Monte Sinal 3. Cete Duarte 151, bairro Mamoaheira, Município de Guarabira, Estado de(o) PA, Cep 53056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PA e CPF nº 155.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino José dos Santos, ocorrido em 03/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

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

Guarabira, 09, de Junho de 2020.

Cartório do  
3º Ofício

Severino José dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 026.661.564-35

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**FP FÁTIMA PAULINO**  
Serviço Notarial

**FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial**  
Praça Lima e Silva, 192 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 53.200-000 - Fone: (31) 227-7053  
e-mail: cart3@guarabira.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de  
SEVERINO JOSÉ DOS SANTOS  
Em test. da verdade, Guarabira-PB 09/06/2020 10:42  
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
(31) 227-7053 - 10.22 FAPEN: 0.30 FAPEN: 2.04 ISS: 0,51  
SELLO DIGITAL ARS0074-XID  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.jus.br>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200221259 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO (LISFRANC / LESÃO DOS EXTENSORES)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 1 A 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** INDENIZAÇÃO EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO PÉ DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50