

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063.738.134 - 36	Gedinaldo Wacenda Dutra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Gedinaldo Wacenda Dutra	063.738.134 - 36	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mecânico	Rua Teodoro Oliveira Bodo	991
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Vida	Pombal	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
J. ewerton@hotmail.com	58 840 - 000	(83) 99900-0530

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 62641 6	AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Pombal - PB, 19 de maio de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: Gedinaldo Wacenda Dutra	1ª Nome: _____
	CPF: 063.738.134 - 36	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 015222.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 015222.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:34 min do dia 20/04/2020, na Delegacia Online, **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MECANICO, natural de Pombal, nascido(a) em 16/10/1984, idade 35, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA e GERALDO DUTRA DA SILVA, CPF 063.738.134-36, residente e domiciliado(a) no(a) RUA TEODÓSIO OLIVEIRA LEDO, nº 991, bairro NOVA VIDA, na cidade de Pombal/PB. CEP: 58840000, telefone(s) 83999367717, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 16/02/2020 15:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: RUA PROF. ORACIO BANDEIRA, CARVALHADAS, Pombal/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA O COMUNICANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA DESCRITO FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, ONDE CONDUZIA UMA MOTO NA RUA PROFESSOR ORACIO BANDEIRA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO, RESULTANDO EM UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA.

A MOTOCICLETA É LICENCIADA EM NOME DE ELIBERTO LACERDA DUTRA, HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OGF1307/PB, CHASSI Nº 9C2KD0550ER203835, ANO DE FABRICAÇÃO 2013, COR PRETA.

APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL, ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS A CONSTAR.

x GEDINALDO LACERDA DUTRA

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. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

x Gedinaldo M. Lacerda da Dutra 939B216EDCFF380791A11C4BA111E0BD
GEDINALDO LACERDA DUTRA 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. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	063.738.134 - 36	Gedinaldo Wacenda Dutra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012		
Nome completo:	CPF:	
Gedinaldo Wacenda Dutra	063.738.134 - 36	
Profissão:	Endereço:	Número:
Mecânico	Rua Teodoro Oliveira Bodo	991
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Vida	Pombal	PB
E-mail:	CEP:	Telex (DDD):
j.ewerton@hotmail.com	58 840-000	(83) 99900-0530

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

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 62641	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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Pombal - PB, 19 de maio de 2020

Nome: Gedinaldo Wacenda Dutra

CPF: 063.738.134 - 36

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gedinaldo Wacenda Dutra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 05304

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 16-02-2020	OCCORRÊNCIA Nº: 0031	PACIENTE/USUÁRIO: <i>Fredinaldo Lucinda Dutra</i>	IDADE 36	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>Prof. Orosia Bandeira</i>		BAIRRO: <i>Louvalhada</i>	MÉDICO REGULADOR <i>Rosivom</i>	
DESTINO DO PACIENTE: <i>H.R.D.</i>		RESPONSÁVEL: <i>Isabela Nelo Fragoz</i>	FUNÇÃO: <i>Médico</i>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> OUTRO:	
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	
APOIO LOCAL	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO	<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO	
<input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> FIM DA JORNADA DO LOCAL	

*TIPO DE AGRAVO:			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Alcoolémia; fratura em MT. 5.º (exposta)

DADOS VITAIS:

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☒ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
P.A.: 100 X 80 FC: 92 FR: _____ TEMP: _____ 9C - NGT _____ SpO2 96

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV: imobilização; curativo; Aut

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, encontrado em decúbito dorsal, alcoolizado; consciente, algo desorientado. Apresentando ferimento exposto em MIB. Feito protocolo de trauma e

transporte para o HRD. ~~Quais~~ ~~Quais~~

MATERIAL UTILIZADO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÚLTIPLO DE URGÊNCIA
UNIDADE DE REGULAÇÃO MÉDICA EM URGÊNCIA

E.C.G.: ☐ NORMAL ☒ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

SEMANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA OROFARÍNGEA

☐ CRICOTIREOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATETER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A.

☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☒ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDACÃO

☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS:

ORL 500 ml

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRENCIAS (MÉDICO):

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRO

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Marcia Silveira

COREN: 202.692

MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Betânia

COREN: _____

MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Gláudio Santos

MAT: _____

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEDINALDO LACERDA DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000062641-6

Nr. da Autenticação 193AC5B364505B07

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.911.384 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2017

NOME GEDINALDO LACERDA DUTRA

FILIAÇÃO GERALDO DUTRA DA SILVA MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 17.781 - LIV-A-16 - FLS. 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 063.738.134-36

Idade Pressup. - PB

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984

A+

Assinatura: *[Assinatura]*

VALIDADE DE 29/08/2023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

[Fotografia]

[Impressão digital]

Assinatura do titular: *[Assinatura]*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAG
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO
Rua Feliciano Cirne, 220 - Joazeiro
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 07.043.888/0001-00

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

GERALDO DUTRA DA SILVA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LACERDA
PB 58840-000

Inscrição	SMI
112.001.685.0211.000	000

Hidrometro	Data de Instalação
Y16N136549	31/08/2016

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)
438	454	16

HIST. CONS. / ANDR. LEIT.	QUALIDADE
JAN/2020	22 PAR
DEZ/2019	17 TUR
NOV/2019	16 CLO
OUT/2019	17 COL
SET/2019	13 COR
AGO/2019	15 COL
MEDIA(M)	16 DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRIÇÃO
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR UNIDADE
ESGOTO
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2019
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$

VENCIMENTO: 26/02/2020

SINVALDO ARAUJO DO O
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
POMBAL / PB CEP 58840000 (AG 227)

CPF/CNPJ/RAN: 760.920.114-88

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 10 - 227 - 85 - 1360 Nº Medidor: 00008163193



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1414302-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014143028



VALOR DA FATURA

R\$ 232,24



VENCIMENTO

01/06/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

267kWh

8,90 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	PIS/Colmeia (R\$)	PIS/Colmeia (R\$)
0801	Consumo em kWh	267	0,013690	217,26	217,26	27	56,65	217,26	2,31
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			14,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	Tarifa e Tributos	TOTAL	232,24	217,26	56,65	217,26	2,31	10,66
-------------------------------------	-------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	-------

RESERVADO AO FISCO

4ae2.5494.6bbb.06a0.09f2.b1c6.37d4.f0a7.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Abr/19	226	Descrição	Valor (R\$)
Mai/19	220	Serviços de Dist. de Energia/PB	51,24
Jun/19	226	Compra de Energia	71,32
Jul/19	420	Serviço de Transmissão	6,50
Ago/19	187	Encargos Setoriais	6,61
Set/19	259	Impostos Diretos e Encargos	66,51
Out/19	283	Outros Serviços	0,00
Nov/19	320		
Dez/19	292		
Jan/20	219		
Fev/20	255		
Mar/20	274		
Média	249		

PRÓXIMA LEITURA

18/05/2020

INDICADORES DE QUALIDADE		MENSAL				APURADO TRIMESTRAL		ANUAL		LIMITE DE TENSÃO (V)	
META											
Horas que o cliente ficou sem energia - DIO		6,91	0,11	11,82	23,34	NOMINAL		220			
Vezeiras que o cliente ficou sem energia - FIC		3,38	1,00	6,72	13,45	CONTRATADA		200			
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC		3,46				LIMITE INFERIOR		202			
Duração da interrupção individual em pico - DICPI		12,22				LIMITE SUPERIOR		231			

ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (85) 99135-5540

PAGO VIA INTERNET BB - 12/05/2020

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. 16.015.523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 42.162.041 - Emissão: 16/04/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 16/04/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 14487.074172 6 82730000023224

PAGADOR: SINVALDO ARAUJO DO O - CPF/CNPJ: 760.920.114-88
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
POMBAL / PB CEP 58840000

Nº do Nr	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014487074	001414302202004	01/06/2020	R\$ 232,24	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Tarcísio Ewerton P. Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.153.474 / 46 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinalda Jacarda Dutra inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.738.134 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Edinalda Jacarda Dutra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.738.134 / 36, 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		Número	Complemento
<u>Rua Domingos de Medeiros</u>		<u>115</u>	<u>Apt. 103</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Pombal</u>	<u>PB</u>	<u>58840-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>t.ewerton@hotmail.com</u>			<u>(83)99900-0530</u>

Pombal, 19 de maio de 2020
Local e Data

Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 16/02/2020 16:03:38

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.:

Paciente: GEDINALDO LACERDA DULTRA

Idade: 35 Sexo F

Filiação:

Pai:
Mãe: MARIA DO CARMO L. OLIVEIRA

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO
Bairro: CENTRO
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

N.:

Documentos:

NS: 127-5070-2490-0032
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 16/10/1984
Cor: BRANCA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: MECANICO

Responsável:

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

*Enxada de moto
sem freio na perna @*

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

*Dor + edema +
deformidade*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

fx osso de perna

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: FATIMA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL
NOME DO PACIENTE *Edinaldo Lacerda Dutra* Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO *18-02-20* ENF. LEITO
OPERADOR *Dr. S. S. S. S.* 1º AUXILIAR
AUXILIAR 3º AUXILIAR INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO *Furtos distais dos ossos de pernas*

TIPO DE OPERAÇÃO *Tto cirúrgico*

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO *O mesmo*

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Paciente em DDA 905 anestesiado.
Banotamento com flocos de soro -
Autossépsis + Aposição de campos múltiplos
Incisão anterior + Drenagem por plasma
Redução anatómica
Anest. comp. placa DCP 7 furos + pontos externos
Lig. 1234
Sutura
Curativo



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Edinaldo Wacinda Daltro
 Filiação: _____
 Sexo: Masc. Idade: 35 Cor: Marrom
 Procedência: C. cirúrgica Data: 18 / 02 / 20
 Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Raque
 Início da anestesia: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____
 Início da intervenção: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com Raque

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02

Michael Dantas Medeiros Barber
COREN-PB 155438



GOVERNO
DA PARAÍBA

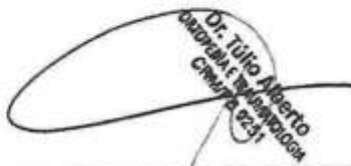
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Gedmarco Lourenço
DTND portador do RG _____,
Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 S82x
Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 90 (noventa) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 19 de 02 de 20 20


Dr. Tullio Alberto
Médico Especialista em Medicina Geral

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.911.384 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2017

NOME GEDINALDO LACERDA DUTRA

FILIAÇÃO GERALDO DUTRA DA SILVA
MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC ORIGEM PB

CERT. NASC. Nº 17.781 - LIV A-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 063.738.134-36

Info Pressão - PB

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984

CLASSIFICAÇÃO A+

Assinatura: *[Assinatura]*

VALIDADE 29/08/2023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

[Fotografia]

[Impressão digital]

Assinatura: *[Assinatura]*

RESERVA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAG
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO
Rua Feliciano Cirne, 220 - Joazeiro
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 07.093.818/0001-00

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

GERALDO DUTRA DA SILVA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LACERDA
PB 58840-000

Inscrição	SMI
112.001.685.0211.000	000

Hidrometro	Data de Instalação
Y16N136549	31/08/2016

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)
438	454	16

HIST. CONS. / ANDR. LEIT.	QUALIDADE
JAN/2020	22 PAR
DEZ/2019	17 TUR
NOV/2019	16 CLO
OUT/2019	17 COL
SET/2019	13 COR
AGO/2019	15 COL
MEDIA(M)	16 DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRIÇÃO
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ESGOTO
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2019
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$

VENCIMENTO: 26/02/2020

TOTAL

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

P.105



Tarcisio Ewerton Pereira Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

064.153.474-46

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/05/1987

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 858343

DATA DE EMISSÃO: 17/12/2001

NOME: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

R.A.: Francisco da Silva Oliveira

FILIAÇÃO: Maria do Socorro Pereira Oliveira

PA: Pombal-PB

NATURALIDADE: Pombal-PB

DATA DE NASCIMENTO: 22-05-1987

Cert. Nas. N.º 20.873, Fls. 83v. Ltv. A-20

CPF: João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/09/83

Cartão de sua pessoa e identidade.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DEZ/2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 015455255480
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0059444697-0 00/00000000 2013

NOME
ELIBERTO LACERDA DUTRA

CPF / CNPJ 04098531437 PLACA OGF1307/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KD0550ER203835

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º
FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º
A 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/09/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL COMBAL-PB DATA 27/09/2019

41521



Assuradora
Agência de Seguros
Detran - PB

14214

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS P
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 015455255480

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 0

VIA 04098531437 CPF / CNPJ

RENAVAM 0594446970 HONDA/NXR

ANO FAB. 2013 CAT. TARE 9 9C2KD055

PRÊMIO 1
FNS (R\$) ***** DENAT *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF *****
***** SEGU

PAGAMENTO
S COTA ÚNICA

SEGURO
CNPJ 09.2

14214-1519296

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184014 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Gedinaldo Lacerda Dutra, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Mecânico, residente e domiciliado à Rua Teodorico Oliveira Nêdo nº 991, bairro Nova Vida, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58.840-000, portador(a) do Rg nº 2.911.384, SSP/PB e CPF nº 063.738.134-36

Outorgado: Tarcísio Eulerton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros nº 115, bairro Centro, Município de Pombal, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58.840-000, portador (a) do RG nº 2858545 SSP/ PB e CPF nº 064.153.474-46

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gedinaldo Lacerda Dutra, ocorrido em 16 / 02 / 2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

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



Pombal - Paraíba, 12, de março de 2020.

x Gedinaldo Lacerda Dutra

Outorgante

CPF Nº 063.738.134-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de GEDINALDO LACERDA DUTRA. Em test. da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 12/03/2020.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJX77808-GBAK
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 12,27 FARPEN R\$: 0,30 FEPJ R\$: 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143472/20

Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA

CPF: 063.738.134-36

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: GEDINALDO LACERDA DUTRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

GEDINALDO LACERDA DUTRA : 063.738.134-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184014

Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEDINALDO LACERDA DUTRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000062641-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

