

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: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i>		
063.738.134 - 36				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i>		CPF: <i>063.738.134 - 36</i>		
Profissão: <i>Mecânico</i>	Endereço: <i>Rua Teodósio Oliveira Ledo</i>	Número: <i>991</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Nova Vida</i>	Cidade: <i>Pombal</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58 840 - 000</i>	Tel.(DDD): <i>(83) 99900-0530</i>
E-mail: <i>l.l.everton@hotmail.com</i>				

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

DADOS CADASTRAIS					
RENDIMENTO 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: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: <i>0732</i> CONTA: <i>62641</i> (Informar o dígito se existir)			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.

INVALIDEZ PERMANENTE					
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):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou					
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou					
<input type="checkbox"/> 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.					

MORTE					
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"/> Divorciado <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 (val 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: <i>Pombal - PB, 19 de maio de 2020</i>	TESTEMUNHAS
	Nome: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i>	1º Nome: _____
CPF: <i>063.738.134 - 36</i>	CPF: _____	Assinatura
<i>Assinatura de quem assina A ROGO</i>		2º Nome: _____
<i>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</i>		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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 AUTOMOBILISTICO, 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.

** Ginaldo de Azevedo 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.

GEDINALDO LACERDA 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: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i>		
063.738.134 - 36				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i>		CPF: <i>063.738.134 - 36</i>		
Profissão: <i>Mecânico</i>	Endereço: <i>Rua Teodósio Oliveira Ledo</i>	Número: <i>991</i>	Complemento:	
Bairro: <i>Nova Vida</i>	Cidade: <i>Pombal</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58 840 - 000</i>	Tel. (DDD): <i>(83) 99900-0530</i>
E-mail: <i>l.lueron@hotmail.com</i>				

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

DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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"/> ACIMA DE 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		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: <i>0732</i>	CONTA: <i>62641</i>	6	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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE				
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				

MORTE				
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"/> Divorciado <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 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.				

Morte	
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <i>Pombal - PB, 19 de maio de 2020</i> Nome: <i>Gedinaldo Lacerda Dutra</i> CPF: <i>063.738.134 - 36</i>
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	
TESTEMUNHAS	
1º Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura	
2º Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA DE
POMBAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 05804

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA N°:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO:
16-02-2020	0021	Jedinaldo Lacerda Dutra	36	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
Prof. Drácia Bandeira		Lourinhada	Rosivam	
DESTINO DO PACIENTE:		RESPONSÁVEL:	PESQUISA:	
H.R.P.		Helia Melo Fraga	Médico	
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:		
<input type="checkbox"/> APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input checked="" 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"/> ÓBITO DO LOCAL				

*TIPO DE AGRADO:				
<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"/> ACROLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL	
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DOENÇAS	
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> CARDIACAS	
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> INTRAL	
<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:

Alcoolemia; fratura em M1 d° (emposta)

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO <30 rpm >30 rpm PULSO RADIAL: PRESENTE AUSENTE
P.A: 100 x 80 FR: 92 TEMP: 9C - HGT: SP02 96

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV; immobilização; curativo; AtP

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, encontrado em decúbito dorsal; alcoolizado; consciente, algo dolorido intenso. Apresentando fratura exposta em M1. Feito protocolo de trauma e

transporte para o H.R.P.

MATERIAL UTILIZADO

For example, the *liver* is a *liver* because it is a *liver*, and the *liver* is a *liver* because it is a *liver*.

卷之三

GERMÁN DE ALMENDRAZO VILLEJO, DE BICERÍAS, 54, 28045 MADRID

ગુજરાત માટે એવી વિસ્તારી વિનાયક વિદ્યાલયો નથી

卷之三

CG: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADA NÃO APLICÁVEL

EXAME NEUROLÓGICO: AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULÇÃO OTORRAGIA RIGIDEZ

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ABORTAMENTO HEMORragia VAGINAL TRABALHO DE PARTO NORMAL

EMANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS: DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL LARINGO-OROFARÍNGEA

CRICOTIREIDOSTOMIA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA VENTILAÇÃO INVASIVA OXIGENIO CATETER E GÜCOES

DRENAGEM TORÁCICA MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO **ASPIRAÇÃO V.A.**

CONTROLE DE HEMORAGIA FONÇAO VENOSA COAGULOS HEMOSTATICO SEDACAO

TERAPÉUTICA ALIMENTAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRENCIAS | MÉDIA

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABEÇA

TERMO DE RECUSA:

RG:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Marcos Silveira

COREN: 202 692 MAT 03/03/1974

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Betânia

— COREN — — MAT —

CONDUTOR SOCORRISTA: Flávio 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: 00000062641-6

Nr. da Autenticação 193AC5B364505B07



REGISTRO	2.911.384 - 2 ^ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/08/2017
GEPAL	GEDINALDO LACERDA DUTRA		
NOME	GERALDO DUTRA DA SILVA		
FILIAÇÃO	MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA		
NATURALIDADE	POMBAL-PB		
DOC. GRIDEM	CERT. NASC. Nº 17.781 - LVA-16 - FLS.215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB		
CPF	063.738.134-36		
Endereço	Av. Presidente Vargas, 123 - Centro - Pombal - PB - 58200-000		
DATA DE NASCIMENTO	16/10/1984		
A+ 			
Data de Emissão: 29/08/2013 Data de Vencimento: 29/08/2033			



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

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

Inscrição	SMI	IB
112.001.685.0211.000	000	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Loc
V-16N136549	31/08/2016	EX
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)
438	454	16
HIST. CONS./ANDR. LEIT. I QUALID.		
JAN/2020	22	PAR
DEZ/2019	17	TUR
NOV/2019	16	CLO
OUT/2019	17	COL
SET/2019	13	COR
AGO/2019	15	COL
MÉDIA(M)	16	DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRICAÇÃO ÁGUA

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,00

VENCIMENTO: 26/02/2020

Total

SINVALDO ARAUJO DO O
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
FONBAL / PB CEP: 59840000 (AG. 227)



CPF/CNPJ/RANI: 760 920 114-68

Grupo: CONVENTIONAL BAIKA TENSÃO / Sustentado: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
Roteiro: 10 - 227 - 95 - 1380 N° 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			

DESCRITIVO

CCG	Descrição	Quant	Tarifa e/ou Tributos	Válida	Válida	Válida	Válida	Válida	Válida	Válida	Válida
				Total	ICMS	ICMS	ICMS	Base Cal	PIS/RFB	Coaf/RB	49075%
0601	Consumo em kWh	267	0,013690	217,25	217,25	27	56,65	217,25	2,31	10,68	
0807	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			14,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCG: Código de Classificação do item
Tarifa e/ou Tributos: 0,545400

RESERVADO AO FISCO 4ae2.6494.6bbb.06a0.09f2.b1c6.37d4.f0a7.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Abri/19	226	Descrição	Valor (R\$)
Maio/19	220	Serviços de Dist. da Energisa PB	57,20
Jun/19	226	Compra de Energia	71,32
Jul/19	226	Serviço de Transmissão	6,50
Ago/19	187	Encargos Sistêmicos	3,88
Set/19	259	Encargos Sistêmicos	6,81
Out/19	268	Impostos Diretos e Encargos	66,51
Nov/19	320	Outros Serviços	0,00
Dez/19	292	Total	232,24
Jan/20	219		100,00
Fev/20	255		
Mar/20	274		
Máx.	240		
PRÓXIMA LEITURA		Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020) R\$ 61,23.	
* Data da última leitura			
18/05/2020			

* Data da última leitura

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
Horas que o cliente ficou sem energia - D-0	6,91	0,11	11,82	23,94	NOMINAL: 220
Vezes que o cliente ficou sem energia - F-0	3,28	1,00	6,72	13,45	CONTRATADA: 220
Duração da maior interrupção de energia no período - D-MI	3,46				LIMITE INFERIOR: 202
Duração da interrupção individual em período - D-IR	12,22				LIMITE SUPERIOR: 231

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender através canais virtuais: site App Energisa ON e WhatsApp (83) 99135-5540.

PAGO VIA INTERNET 09 - 12/05/2020

NOSSA CONTA PODE:
SERVIÇOS E BEM-ESTAR

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA - R/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-080
CNPJ 03.093.183/0001-40 - Ins Est. 16.015.023-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°042.152.041 - Emissao: 16/04/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA está 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 760 920 114-68
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
FONBAL / PB CEP: 59940000

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

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ 03.093.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-080
Agencia / Código do beneficiario: 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 COAF².

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 Gedinaldo Soárcda Netra inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.738.134/36, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Gedinaldo Soárcda Netra, 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.

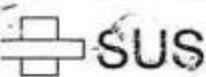
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Domingos de Medeiros</u>	Número <u>115</u>	Complemento <u>Apt. 103</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pombal</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>t.erwerton@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) Local e Data	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99900-0530</u>

Pombal, 19 de maio de 2020
Local e Data

Tarcísio Ewerton Oliveira Oliveira

Assinatura do Declarante



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

— Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2592568	
— Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE GEDINALDO LACERDA DULTRA		41251	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	127-5070-2490-0032	6 - DATA DE NASCIMENTO	16/10/1984
7 - SEXO	F	8 - RACA / COR	BRANCA
9 - NOME NA MÃE	MARIA DO CARMO L. OLIVEIRA	10 - TELEFONE	34312149
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO		13 - BAIRRO CENTRO	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

— 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Obrelo com Tumor na MTD

— 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AI abd. ligeiro

— 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Fluorose + ex. fex + ex. + ex.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>1. Possos mgs</i>	22 - CID 10 PRINC. <i>982.5</i>	23 - CID 10 SEC. <i>W10</i>	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
--	------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

— 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Diátesis

— 26 - CÓD. PROCEDIMENTO
0608050225

27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO () CNS () CPF	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Eduardo</i>	32 - DATA SOLIC. <i>18/02/2010</i>	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>MM</i>	

— PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNP.: SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR <i>19</i>
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	
48 - DATA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



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

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

Corrência: INTERNAMENTO

~~0430~~ 0430

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

N.:

Endereço: RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO

Bairro: CENTRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

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)

*Enxaque da moço
tem 7 dias vi. pmas (D)*

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

*Dor + edema +
deformidade*

Raio X

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

IX BSO) de perna

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Repcionista: FATIMA



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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL		
NO ME DO PACIENTE	<i>Gedivaldo Lacerda Dutra</i>	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	18-02-20	ENF. LEITO
OPERADOR	<i>Dr. S. S. S. S.</i>	1º AUXILIAR
AUXILIAR	<i>3º AUXILIAR</i>	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	<i>Fu fuz de fissão dos ossos de perna</i>	
PO DE OPERAÇÃO	<i>Tto curvifis</i>	
AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	<i>O mesmo -</i>	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO 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 sob anestesia
Barotórmito com fixos de snaeh -
Autosepsis + Aposição de campo cirúrgico
Início anterior + Diâmetro do Perna
Redutor anterior
Fixar com placas DCP + fios + parafusos esterelizados
Cicatrizar

Hospital		Emfermaria		Leito	Nº Prontuário								
FOLHA DE ANESTESIA		Hr Pombal											
Nome		Cedimaldo Lacerda Dutra		Idade 35	Sexo M								
Sexo	Pressão Arterial Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura								
Tipo de Sanguíneo	Hemárias	Hemoglobina	Hematórito	Uréia	Outros								
	Urina												
Ap. Respiratório 1PM				Asma	Bronquito								
Ap. Circulatório 1PM				Eletrocardiograma									
Ap. Digestivo T2m OK				Ap. Urinário									
Estado Mental VDE				Alergia	Hipotenscres								
Diagnósticos Pré-Operatório frustino ob. fibse				Estado Físico	Risco								
Anestesias Anteriores													
Medicação Pré-Anestésica			Aplicado às	Efeito									
AGENTES ANESTÉSICO	02												
		-0-0-0-0											
LÍQUIDO	Gel Gel				INDUÇÃO								
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Satis: _____ Exit: _____ Tosse: _____
CÓDIGO P. V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO V2 - ANESTESIA OPERAÇÃO	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Laringo espamp: _____ Lenta: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Náuseas: _____ Vômito: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Outros: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	MANUTENÇÃO
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Não, porquê? _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	DESPERTAR
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Reflexo na SO: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Obstr: _____ CO2 _____ eXIT _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Náuseas: _____ Vômitos: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Outros: _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	Como Cânula para leito Sim _____ Não _____
	260	240	220	180	160	140	120	100	80	60	40	20	CONDIÇÕES _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Pct pontado, mcr. A-05 juncos de 04-05 d fusículo 250. LWD, furos de Brusino ou Dardo 16g + roçado 60°												
POSIÇÃO	Sentado → DOR												
Agentes	Oxigênio 1L: Reservatório 10g: Flutamide												
Técnica	Inhalatórios												
Operação	Tirar unguia de frustino ob. fibro												
Cirurgiões	Session												
Anestesiistas	H. Martins Formiga												
Observações	Pct ciente e comissão RM 0462												
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós operatórias													

FOLHA DE ANESTESIA



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Eduardo Acácio Pultro

Filiação: _____

Sexo: Mas Idade: 35 Cor: Branca

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: 14:00 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
Aguilha 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
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	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

Miday Dantas Madalena Barboza
 C.R.E.N.-PB 155439



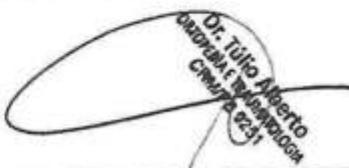
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Gedimoro Lacerda
21/08/2010 portador do RG 5827
Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 _____
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 10



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



REGISTRO	2.911.384 - 2 ^ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/08/2017
GEPAL	GEDINALDO LACERDA DUTRA		
NOME	GERALDO DUTRA DA SILVA		
FILIAÇÃO	MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA		
NATURALIDADE	POMBAL-PB		
DOC. GRIDEM	CERT. NASC. Nº 17.781 - LVA-16 - FLS.215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB		
CPF	063.738.134-36		
Endereço	Av. Presidente Vargas, 123 - Centro - Pombal - PB - 58200-000		
DATA DE NASCIMENTO	16/10/1984		
A+ 			
Data de Emissão: 29/08/83 Data de Vencimento: 29/08/83			
CARTEIRA DE IDENTIDADE <small>REPRODUÇÃO PROIBIDA</small>			



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO

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

Inscrição	SMI	IB
112.001.685.0211.000	000	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Loc
V-16N136549	31/08/2016	EX
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)
438	454	16
HIST. CONS./ANDR. LEIT. I QUALID.		
JAN/2020	22	PAR
DEZ/2019	17	TUR
NOV/2019	16	CLO
OUT/2019	17	COL
SET/2019	13	COR
AGO/2019	15	COL
MÉDIA(M)	16	DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

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

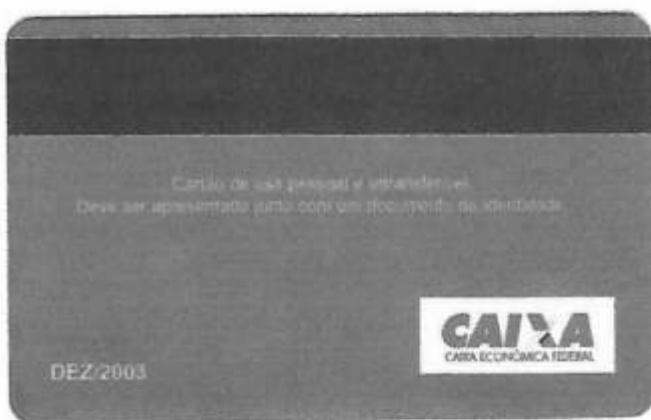
ESGOTO

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,00

VENCIMENTO: 26/02/2020

Total



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº U.A. 0455255480
P.R.T. 2019000041038-9
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO

0059444697-0 00/00000000 2019

NOME
ELIBERTO LACERDA DUTRA

CPF / CNPJ PLACA
04098531437 OGF1307/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD0550ER203835

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

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

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

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	00/00/0000		1 ^º
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^º
A	*****	0	3 ^º

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

0

POMBAL - PB LOCAL: 27/09/2019 DATA
41521 14214



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS P
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU

PB Nº 015455255480

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS
www.seguradocliente.com.br
SAC DPVAT 0800 722 5000

VIA CPF / CNPJ
1 04098531437

RENAVAM HONDA / NX
0594446970 HONDA / NX

ANO FAB. DAT TARIF. 2013 9 9C2KD0550ER203835

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) SEGURO PAGAMENTO
***** ***** PAGAMENTO

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
***** SEGURO PAGAMENTO

COTA ÚNICA

SEGURADOR

CNPJ 09.214-1519296-00

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 Teodoro Oliveira Vedo nº 991....., bairro Nova Lida....., 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: Tarcílio Eriverto 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 285.8545....., 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....., demarche..... de 2020.

X Assinatura do Lacerda Dutra

Outorgante

CPF Nº 063.738.134-36.....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

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.



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



ANA CRISTINA FÔRMINHA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2020

GEDINALDO LACERDA
DUTRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

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

Rio de Janeiro, 04 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

