



13/01/2021

Número: **0802319-53.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38364304	13/01/2021 14:12	2773910_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

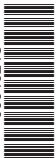
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15206801

Pag. 00495/00496 - carta_01 - INVALIDEZ

00040248





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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 00000867-2

Conta: 000010013127-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 999.32.4413

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) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 13-127 X 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 305/2018, LIVRO nº 02/2019, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, Gutenberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 26 de Junho do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Estado civil: União estável RG: 7150901 SSP/PE CPF: 060.930.484-46

Sexo: Masculino Nascimento: 06.01.1986 Idade: 33 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: Sim

Filiação: Geraldo Fausto dos Santos e de Hozana Severina dos Santos

Endereço: Rua Vereador José Matias, 415, Cancão, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 07 de junho de 2019, por volta das 23h33min eu estava trafegando em uma motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, de cor vermelha, placa PFV 9804, ano fab. 2013, ano Mod. 2013, CHASSI 9C2KDO550DR120934, registrada em nome de JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO, quando em frente ao açude novo nesta cidade apareceu um animal (cachorro) e ao tentar desviar perdi o equilíbrio da motocicleta e cai; QUE eu fui socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional Deputado José Pereira Lima; QUE devido a queda teve fratura em MID.

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

Notificante

[Assinatura manuscrita]

[Assinatura manuscrita]
1556801
Agente/Escrivão

Rua Cel. José Pereira Lima, SN. Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 999.32.4413

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: 0867 2 CONTA: 13-127 X 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL

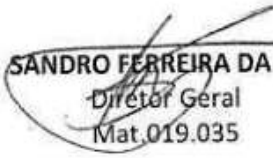
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO** portador (a) do RG **7150901 SDS-PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JUNHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 01 de julho 2019.


SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.princesa@hotmail.com - ouvidoriapmpipb@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradeprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradeprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradeprincesa)



1) Volter or na Inv

2) Sismo scod fr

3) Sismo scod fr

01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA Transf 1003 e scod major

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRICÃO

AMARILHOS
CORTE-16 33-865-ENF

Aut M.T.D.

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO			
☒ 1. PRESCRITA	☒ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ OBITO	☐ INTERNAÇÃO
☒ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ OBITO	☐ OUTROS	☐ OUTROS	

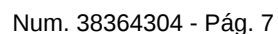
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

[Assinatura]

Medico / Cím / Cms	10845- 111-1111-1111-1111	10845- 111-1111-1111-1111	10845- 111-1111-1111-1111
ASS. REVISOR TÉCNICO - catubio	ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - catubio	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - catubio



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000010013127-1

Nr. da Autenticação D49CFA10D62D820F



MANOEL EVARISTO DA SILVA
RUA VEREADOR JOSÉ MATHIAS, 412 - JARDIM
PRINCESA ISABEL - PE 55050-000

Local: 010013248
Cidade: 55050-000
Estado: PE
Medida: 010013248

Princípio da Energia - 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente ENERGISA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019 14/05/2019 12/06/2019 305.369.964-20

UC (Unidade Consumidora): 5/462234-6

Canal de contato

Canal de Contato de Energia - TGEF - 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Acesse: www.energisa.com.br

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígitos
	Data 12/05/19	Leitura 27320	Data 14/05/19	Leitura 27322	
Demonstrativo					
001	Consumo	27322	27322	27322	27322
002	Consumo	27322	27322	27322	27322
003	Consumo	27322	27322	27322	27322
004	Consumo	27322	27322	27322	27322
005	Consumo	27322	27322	27322	27322
006	Consumo	27322	27322	27322	27322
007	Consumo	27322	27322	27322	27322
008	Consumo	27322	27322	27322	27322
009	Consumo	27322	27322	27322	27322
010	Consumo	27322	27322	27322	27322
011	Consumo	27322	27322	27322	27322
012	Consumo	27322	27322	27322	27322
013	Consumo	27322	27322	27322	27322
014	Consumo	27322	27322	27322	27322
015	Consumo	27322	27322	27322	27322
016	Consumo	27322	27322	27322	27322
017	Consumo	27322	27322	27322	27322
018	Consumo	27322	27322	27322	27322
019	Consumo	27322	27322	27322	27322
020	Consumo	27322	27322	27322	27322
021	Consumo	27322	27322	27322	27322
022	Consumo	27322	27322	27322	27322
023	Consumo	27322	27322	27322	27322
024	Consumo	27322	27322	27322	27322
025	Consumo	27322	27322	27322	27322
026	Consumo	27322	27322	27322	27322
027	Consumo	27322	27322	27322	27322
028	Consumo	27322	27322	27322	27322
029	Consumo	27322	27322	27322	27322
030	Consumo	27322	27322	27322	27322
031	Consumo	27322	27322	27322	27322
032	Consumo	27322	27322	27322	27322
033	Consumo	27322	27322	27322	27322
034	Consumo	27322	27322	27322	27322
035	Consumo	27322	27322	27322	27322
036	Consumo	27322	27322	27322	27322
037	Consumo	27322	27322	27322	27322
038	Consumo	27322	27322	27322	27322
039	Consumo	27322	27322	27322	27322
040	Consumo	27322	27322	27322	27322
041	Consumo	27322	27322	27322	27322
042	Consumo	27322	27322	27322	27322
043	Consumo	27322	27322	27322	27322
044	Consumo	27322	27322	27322	27322
045	Consumo	27322	27322	27322	27322
046	Consumo	27322	27322	27322	27322
047	Consumo	27322	27322	27322	27322
048	Consumo	27322	27322	27322	27322
049	Consumo	27322	27322	27322	27322
050	Consumo	27322	27322	27322	27322
051	Consumo	27322	27322	27322	27322
052	Consumo	27322	27322	27322	27322
053	Consumo	27322	27322	27322	27322
054	Consumo	27322	27322	27322	27322
055	Consumo	27322	27322	27322	27322
056	Consumo	27322	27322	27322	27322
057	Consumo	27322	27322	27322	27322
058	Consumo	27322	27322	27322	27322
059	Consumo	27322	27322	27322	27322
060	Consumo	27322	27322	27322	27322
061	Consumo	27322	27322	27322	27322
062	Consumo	27322	27322	27322	27322
063	Consumo	27322	27322	27322	27322
064	Consumo	27322	27322	27322	27322
065	Consumo	27322	27322	27322	27322
066	Consumo	27322	27322	27322	27322
067	Consumo	27322	27322	27322	27322
068	Consumo	27322	27322	27322	27322
069	Consumo	27322	27322	27322	27322
070	Consumo	27322	27322	27322	27322
071	Consumo	27322	27322	27322	27322
072	Consumo	27322	27322	27322	27322
073	Consumo	27322	27322	27322	27322
074	Consumo	27322	27322	27322	27322
075	Consumo	27322	27322	27322	27322
076	Consumo	27322	27322	27322	27322
077	Consumo	27322	27322	27322	27322
078	Consumo	27322	27322	27322	27322
079	Consumo	27322	27322	27322	27322
080	Consumo	27322	27322	27322	27322
081	Consumo	27322	27322	27322	27322
082	Consumo	27322	27322	27322	27322
083	Consumo	27322	27322	27322	27322
084	Consumo	27322	27322	27322	27322
085	Consumo	27322	27322	27322	27322
086	Consumo	27322	27322	27322	27322
087	Consumo	27322	27322	27322	27322
088	Consumo	27322	27322	27322	27322
089	Consumo	27322	27322	27322	27322
090	Consumo	27322	27322	27322	27322
091	Consumo	27322	27322	27322	27322
092	Consumo	27322	27322	27322	27322
093	Consumo	27322	27322	27322	27322
094	Consumo	27322	27322	27322	27322
095	Consumo	27322	27322	27322	27322
096	Consumo	27322	27322	27322	27322
097	Consumo	27322	27322	27322	27322
098	Consumo	27322	27322	27322	27322
099	Consumo	27322	27322	27322	27322
100	Consumo	27322	27322	27322	27322

Indicadores de Qualidade					
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (%)
001	7,20	4,29	600004	001	100,00
002	14,50			002	100,00
003	19,50			003	100,00
004	24,50			004	100,00
005	29,50			005	100,00
006	34,50			006	100,00
007	39,50			007	100,00
008	44,50			008	100,00
009	49,50			009	100,00
010	54,50			010	100,00
011	59,50			011	100,00
012	64,50			012	100,00
013	69,50			013	100,00
014	74,50			014	100,00
015	79,50			015	100,00
016	84,50			016	100,00
017	89,50			017	100,00
018	94,50			018	100,00
019	99,50			019	100,00
020	104,50			020	100,00
021	109,50			021	100,00
022	114,50			022	100,00
023	119,50			023	100,00
024	124,50			024	100,00
025	129,50			025	100,00
026	134,50			026	100,00
027	139,50			027	100,00
028	144,50			028	100,00
029	149,50			029	100,00
030	154,50			030	100,00
031	159,50			031	100,00
032	164,50			032	100,00
033	169,50			033	100,00
034	174,50			034	100,00
035	179,50			035	100,00
036	184,50			036	100,00
037	189,50			037	100,00
038	194,50			038	100,00
039	199,50			039	100,00
040	204,50			040	100,00
041	209,50			041	100,00
042	214,50			042	100,00
043	219,50			043	100,00
044	224,50			044	100,00
045	229,50			045	100,00
046	234,50			046	100,00
047	239,50			047	100,00
048	244,50			048	100,00
049	249,50			049	100,00
050	254,50			050	100,00
051	259,50			051	100,00
052	264,50			052	100,00
053	269,50			053	100,00
054	274,50			054	100,00
055	279,50			055	100,00
056	284,50			056	100,00
057	289,50			057	100,00
058	294,50			058	100,00
059	299,50			059	100,00
060	304,50			060	100,00
061	309,50			061	100,00
062	314,50			062	100,00
063	319,50			063	100,00
064	324,50			064	100,00
065	329,50			065	100,00
066	334,50			066	100,00
067	339,50			067	100,00
068	344,50			068	100,00
069	349,50			069	100,00
070	354,50			070	100,00
071	359,50			071	100,00
072	364,50			072	100,00
073	369,50			073	100,00
074	374,50			074	100,00
075	379,50			075	100,00
076	384,50			076	100,00
077	389,50			077	100,00
078	394,50			078	100,00
079	399,50			079	100,00
080	404,50			080	100,00
081	409,50			081	100,00
082	414,50			082	100,00
083	419,50			083	100,00
084	424,50			084	100,00
085	429,50			085	100,00
086	434,50			086	100,00
087	439,50			087	100,00
088	444,50			088	100,00
089	449,50			089	100,00
090	454,50			090	100,00
091	459,50			091	100,00
092	464,50			092	100,00
093	469,50			093	100,00
094	474,50			094	100,00
095	479,50			095	100,00
096	484,50			096	100,00
097	489,50			097	100,00
098	494,50			098	100,00
099	499,50			099	100,00
100	504,50			100	100,00

ATENÇÃO
- REAT. DO DE VENCIMENTO: Caso a fatura não seja paga no prazo de vencimento, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/05/2019. Conforme Resolução da ANEEL. O pagamento deve ser feito até o dia 09/05/2019. Caso não seja pago,

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMULO DE SOUSA FERREIRA,

RG nº 1568258 -, data de expedição 18/06/90,

Órgão SSP-PB, CPF nº 839.306.284-34,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA RAFAEL ROSAS</u>
Número	<u>SN</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MAIA</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 999-32-44-13</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: PRINCESA ISABEL-PB, 23-07-2019

Romulo de Sousa Ferreira

Assinatura do Declarante



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 019.630.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 26 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-400
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

05/02/2019

CONSUMO

114

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Roteiro: 03-165-050-9750

83620000000-5 87540054000-6 00298472019-9 02500165019-8

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

MATRÍCULA

29847-2019-02-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:12:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314122674900000036587159>

Número do documento: 21011314122674900000036587159



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 822 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 6.133/98.

Pelo exposto, eu Rômulo de Sousa Ferraz
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284, 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484 - 46
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JOSE EDUARDO DOS S. FAUSTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484, 46, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda: RECUSOU-SE e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: RAFAEL ROSA</u>	Número:	<u>5A</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>MAIA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.755-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(83) 999.32.44.13</u>

Local e Data: PRINCESA ISABEL - PB, 23-07-2019

Rômulo de Sousa Ferraz
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

3 - CNES
2 3 4 8 4 8 9

4 - CNES
2 3 4 8 4 8 9

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
6 - SEXO PRENATAL
7 - SEXO - REGISTRO
8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE
JOÃO EDUARDO DOS SANTOS

10 - DATA DE NASCIMENTO
06/01/86

11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Luciana Soares dos Santos

13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Rua Venâncio Faria, 415

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Pernambuco

15 - UF
PE

16 - CID-10 PRINCIPAL
12.2

17 - CID-10 SECUNDÁRIO
12.2

18 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Transtorno do transtorno de ansiedade

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

12

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

12.2 do transtorno

22 - CID-10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transtorno do transtorno de ansiedade

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

01

02

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)

24/06/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
32 - () ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO
33 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

35 - CID-10 DO PRINC. INTERESSE AUTORIZADO
36 - CID-10 DO PRINC. INTERESSE AUTORIZADO
37 - CID-10 DO PRINC. INTERESSE AUTORIZADO
38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (RH)
MOTIVO DA ALTA: **12**
DATA DA INTERNAÇÃO: **24/06/19**
24/06/19



FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 5544 Data 24 / 06 / 2019 Hora 14:03

PACIENTE

Nome Jose Eduardo dos Santos Junior Data de Nascimento 06 / 01 / 86
Sexo m Idade 33 a. Cor preto Estado Civil solteiro
Naturalidade Princesa Isabel PB - Profissão agricultor
Endereço Rua Virador Jose Martins 415
Filiação Glazana Arcine dos Santos
Telefone (83) 9.9924.8370 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 7.150.901
Trazido por -----
Endereço ----- Telefone (-----)

OCORRÊNCIA

Local do Acidente ----- Data ----- Hora -----
Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Provisório fract. de tibia

Conduta 1. Med.

Letícia Pereira
Responsável

Dr. Elenore Silva
CRM 15.122
Rég. 15.0112



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA****Nº:**

Data: 29.06.2019 Hora: 13.30 73.
Nome: Jose Eduardo dos Santos Taurite
Nome Social: Profissão: agricultor
Nascimento: 06.01.86 Sexo: m Estado Civil: solteiro
Escolaridade: 4 Responsável:
Mãe: Joseana Pereira dos Santos Martins 915.
Endereço: Rua Reticular Jose Martins 915.
Bairro: Canaas Município: Princesa Isabel 133/R. 9924.7023.
Cartão SUS: 705.8019.8339.2657 RG/CPF: 7.150.901
Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

- 2 dias no tor (C)

Tratamento:

→ INIBIDOR DE CUREMA
→ SF — 1000 mg 1x/d
→ SG — 1000 mg 2x/d

Hipótese Diagnóstica:

Hf no tor

Carimbo e Assinatura:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente		Número do Registro	
Clínica		Número do Leito	
Operador			
1º Assistente		2º Assistente	
Instrumentador		Anestesista	
Anestesia		Duração	
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pré-Operatório fent no tra @			
Diagnóstico Pós-Operatório o mm			
Operação Proposta fent			
Operação Realizada			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia
- Assessoria
- Remoção e fixação do plexo U
- Drenagem
- Curativo

Dt. Eberhard Silva
Cirurgião Plástico
CRM - 15.142
CBO - 312010-0112





EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 27/06/2012 16:38:81
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2819-862550) EMULIR 2,48 PARFENIR 8,27 FEFJIR 0,38
SELO DIGITAL: A1R86442-657J
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
060.930.484-46

Nome
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Nascimento
06/01/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 27/06/2012 16:38:81
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2819-862550) EMULIR 2,48 PARFENIR 8,27 FEFJIR 0,38
SELO DIGITAL: A1R86442-657J
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CÓDIGO DE CONTROLE

C6C2.FFDE.FA75.27F0

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:38:04 do dia 01/03/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROMULO DE SOUSA FERRAZ

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
1568258 SSP PB

CPF
039.806.284-34

DATA NASCIMENTO
08/11/1973

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUSA FERRAZ
JUANA MARIA FERREIRA
DE SOUSA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
03966308453

VALIDADE
25/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
11/08/1994

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
26/02/2015

Assinatura do Emissor

58413068708
F5V89624000

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683286 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
FAUSTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 DO 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 PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 7150903 - SSP-PE
CPF: 060.930.434-34
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA VEREADOR JOSE MATHIAS, CAMPO, P. ISABEL-PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 999.32.44-13

OUTORGADO:

Nome: Rômulo de Sousa Ferra 92
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 1563258 - SSP-PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: RUA RAFAEL ROSAS, SM. MAIA, P. ISABEL-PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 999.32.44-13

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

PRINCESA ISABEL-PB, 23-07-2019

Local e data

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE OBRAS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Intima

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) F(irmas) (s) de:
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO
Em testada verdade, Princesa Isabel-PB 27/06/2019 10:28:17
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2019-063795)EMILIA:R\$ 46,91 FAPENIR:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AIT80028-SALV
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438030/19

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

CPF: 060.930.484-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO : 060.930.484-46

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

RENATO LUNA DIAS

