
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 3.375,00

Recebedor: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002159-8

Conta: 000000011240-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200235396
Nome do(a) Examinado(a): FERNANDO MARIANO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, SN, CENTRO
SAPE Paraíba - CEP: 58340-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSDS / Paraíba] 1112201
Data local do acidente: [20/12/2019]
Data local do exame: [20/07/2020] JOAO PESSOA - Paraíba

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura exposta da perna direita(pilão tibial direito). Fratura fechada da perna esquerda.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos na perna direita e fixador externo na perna esquerda que já foi retirado.
Complicações: Não houve complicações neste caso.
Data da Alta: 05/06/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Apresenta rigidez articular dos tornozelos direito e esquerdo, dificuldade para deambular, deficit de força motora de ambos os tornozelos.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|--|---|
| ☐ "Vítima em tratamento" | ☐ "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
Tornozelo - Direito
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
(X) 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Tornozelo - Esquerdo
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
(X) 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
PERICIANDO APRESENTA DEFICIT EM AMBOS OS TORNOZELOS

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


João Bartolomeu Pinto Rabelo

CPF - 45681465420
CRM - Paraíba - 4518



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

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

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: Capotador 8 - Endereço: R. José Fernandes Medeiros 9 - Número: 51/N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.340-00

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (43) 99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0159 0 CONTA: 0011240 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a roga/pedido

75345157453

35 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva
CPF: 016.317.574.88

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Maria Aparecida da Silva
CPF: 759.956.204-90

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: São Paulo, 16/03/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00374.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00374.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:11 horas do dia 10 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fernando Mariano da Silva**, CPF nº 759.956.204-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Irene Maria da Conceição e Mariano Felix da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 23/01/1944 (76 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Fernandes Medeiros, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99962-8966.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Napoleão Laureano, Xx, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/19 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/12/2019, POR VOLTA DAS 12:10, ESTAVA CAMINHANDO A RUA NAPOLEÃO LAUREANO, CENTRO, SAPÉ/PB, QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEICULO DE PLACA MNQ-6260/PE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA E FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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 fê.

João Pessoa/PB, 28 de janeiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


FERNANDO MARIANO DA SILVA
Notificante

Procedimento Policial: 00374.01.2020.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

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

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: Capotador 8 - Endereço: R. José Fernandes Medeiros 9 - Número: 51/N 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.340-00

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (43) 99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0159 01 CONTA: 0011240 02

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

75345157453

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

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

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

CPF: 016.317.574-82

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Maria Aparecida da Silva

CPF: 759.956.204-90

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: São Paulo, 16/03/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO MARIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000011240-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2307202005000000000023702159000000011240337500 PAGO

SIMONE MENDES ALVES DA SILVA
RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, S/N - CENTRO
SABE/PA CEP: 58340000 (AG: 51)

Ligacao: MONOFÁSICO

Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 17 - 51 - 170 - 1940

Medidor: 00008168473

Referencia: Jul / 2019

Emissao: 26/07/2019

ENERGISA PAR
Br230, Km 25 - Cristo Rei

CNPJ 09

Nota Fiscal

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196**

Conta referente a

JUL / 2019

Apresentação

26/07/2019

Data prevista
próxima leitura

27/08/2019

UC (Unidade Consumidora):



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPE
O futuro se faz agora

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 20/12/19	ID da Ocorrência 2645921	☒ USB ☐ USA	Nº / Equipe 63	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base 12:30 Hs	Hora de Chegada no Local 12:35 Hs
Paciente / Usuário Fernando Henrique de Sousa				Idade 75	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☒ Sape ☐ Mari ☐ Sobrado ☐ Riachão ☐ Outro:						
Logradouro R. Municipal				Bairro Sapê	Médico Regulador Natalia	
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☒ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evacua-se do Local ☐ Trofé ☐ Outro:						

Documento de identificação do paciente:

RG: 402.101808-55-110 ; CPF: ; CNS:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☒ TRAUMA
Motivo: Atropelamento

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura ocular	Respostas verbais	Respostas motoras
☐ 4 - Aberta espontaneamente ☐ 3 - Aberta a comando ☐ 2 - Aberta reflexivamente ☐ 1 - Não se abre	☐ 5 - Orientado ☐ 4 - Responde a perguntas ☐ 3 - Responde a perguntas simples ☐ 2 - Responde a perguntas simples ☐ 1 - Não responde	☐ 6 - Obedece a comandos ☐ 5 - Localiza dor ☐ 4 - Localiza dor ☐ 3 - Localiza dor ☐ 2 - Localiza dor ☐ 1 - Não responde

TIPO DE AGRAVO

☒ Acidente de Trânsito	☐ Pediatríco
☐ Agressão Física	☐ Psiquiátrico
☐ Desabamento / soterramento	☐ Caso clínico
☐ Eletrocussão	☐ Quase afogamento/ afogamento
☐ F.A.B	☐ Queda _____ metros
☐ F.A.F (P.A.F)	☐ Queimaduras
☐ Gineco - obstétrico	☐ Outros: _____
☐ Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ Doença mental
☐ Alcoolismo	☐ Doença renal
☐ AVE	☐ Drogas
☐ Cirurgias Realizadas	☐ Hipertensão arterial
☐ Convulsão	☐ Internamentos Anteriores
☐ Diabetes	☐ Medicamentos
☐ Doença Cardíaca	☐ Problemas respiratórios
☐ Doença Infecto - contagiosa	☐ Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico Hospital

Responsável: Antonio Vieira de Moura
Cirurgião Geral
CRM-PS 4371

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Doente em agitação, com febre, dor local no abdômen, dificuldade respiratória, dor local.

1. DADOS VITAIS:

PA: Sistólica 100 PA diastólica 60 Pulso: 94 FC: 94 FR: 24 TEMP: 36,5 °C Glicemia: SPO2 99 Glasgow

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs:

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros:

EDEMA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 21/12/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 05:13:12

58056-JB4 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI

FAX: () -

CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.12.002307

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 759.956.204-44

CNS: 702101808755170 Sexo: M IDENTIDADE: 1112201-2 Fone: 991636433

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 23/01/1944 Id: 75 ano(s)

End: RUA URBANO GUEDES, 673

Bairro: CENTRO Cidade: SAPE UF: PB

Mae: IRENE MARIA DA CONCEICAO

Pai: MARIANO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 991636433 / IDENTIDADE: 1112201-2

Local: HOSPITAL DE SAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispinela

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

HEETSHL

Principal

FRATOS OSSOS DA PERNA D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

FA EXPEDIDO DOS OSSOS PERNA HO 42 h.

Diagnostico

Conduta

LA EXP dos ossos perna

Prescricao

Horario da medicacao

CD: soluto Bloco. energia.
6h. (nao disponivel de 6h)
6h. (nao disponivel de 6h)
1 hora do Bloco.

CRM 890

2) dipole moment: 6.0 ~~0.0~~5

Oropetia tetinoides Pursh
CPRM 8907

1) Travelled 100g x 100g 1 page. or 11:15

Dr. Pedro Thiago
TECH 16208
CNPq 301302

[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Xi Ednardo Barreira da Silva.
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura do Paciente / Responsável: _____

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edmarco Manoel dos Santos Data da Admissão: 21/12/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/19

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Ex agudo de frequência + causa de pressão*

Conduta: *Ap blue camp*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fernando A. Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/01/2014</u>	Cirurgião: <u>2. João Silva</u>			1º Assistente: <u>João Silva</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Carlos</u>	Tipo Anestesia: <u>1. Geral</u>		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- R. 8-2.0</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- Laparoscopia + Sutura Intra-abdominal</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fernando Manoel do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>08/02/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Temístocles</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. exposta de pulso tibial</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1 neuro</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Pro. cirúrgico de</u> <u>Ex. exposta de pulso tibial</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não		Descreva: <u>Temístocles de A. R. Filho</u> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7040 / TEOT: 15747 / RQE: 5245	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pt em DPT sob anestesia
Antesepia + antiseptico
Apurção de corpos estranhos

Incisão:

Longitudinal em região antero-medial
ou para D + longitudinal
em região lateral ou para D

Achados:

Pt. com ferida em região lateral de
punho D, com exudação purulenta.

Conduta: Reduzido o edema do punho
Redução da fratura de tibia
Aplicação de placa bloqueada +
parafusos / fixação
com 50,51.

Fechamento:

Sutura
Curativo

OBS:

Data: 08/06/20

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7818 - RQE: 15747 / RQE: 5245

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente FERNANDO MARIANO DA SILVA	BAE 1211805	Data/Hora Entrada 20/12/2019 13:46:21	Data Baixa 2019-12-20 17:50:46.0
Data de nascimento 23/01/1944	Idade 75a 10m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991636433
Mãe IRENE MARIA DA CONCEICAO			Prontuário
Endereço URBANO GUEDES, 673	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 20/12/2019 13:55:52		Data/Hora Prescrição 20/12/2019 17:50:46	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

ANAMNESE

#ORTOPEDIA paciente vítima de atropelamento consciente orientado, referindo ferimento cortante na cabeça e dor na perna direita e esquerda. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Alta

Usuário
JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data e Hora
20/12/2019 17:50:46

Motivo de
Alta
**ALTA
MEDICA**

Observações:
#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO FERIMENTO CORTANTE NA CABEÇA E DOR NA PERNA DIREITA E ESQUERDA. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Jansen Henriques
CEZARINO

Enfermeiro

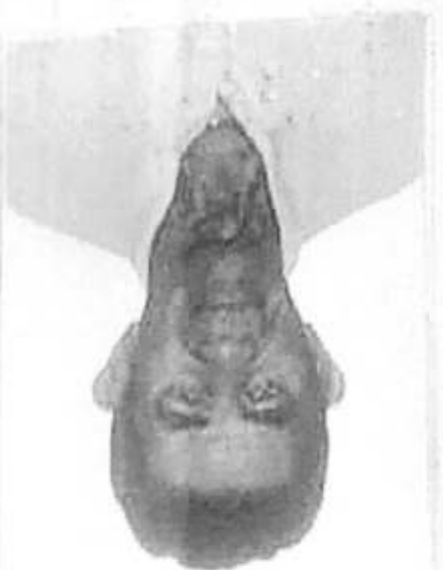
JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 20/12/2019 13:47:38

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA **D.P. 123**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Major de 35 Anos
NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME

1.112.201 - 2 VIA
FERNANDO MARIANO DA SILVA

06/11/2009

DATA DE
EXPIÇÃO

FILIAÇÃO

MARIANO FELIX DA SILVA
IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPE-PB

23/01/1944

DOC ORIGEM

CASAM N.6199 FLS.97 LIV.B29

CARTORIO SAPE-PB

CPF

759.956.204-44

João Pessoa PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235396 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna direita(pilão tibial direito).
Fratura fechada da perna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

Resultados terapêuticos: houve consolidação das fraturas porém, resultou em edema residual nos tornozelos, periciando idoso, ainda com dificuldade para andar, em uso de cadeira de rodas, com rigidez articular em ambos os tornozelos e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



Leopoldo Mariano da Silva

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Filho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

33.390.006-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÊZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

SAPÉ/PB

DOC. ORIGEM

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 19

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

001

1 Via



VENHA PREENCHER
PREENCHE O DISTRITO
DO REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VAU 3

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.682.782 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2011

NOME EDILANE BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO MARIANO DA SILVA
EDIJANE BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE SAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1992

DOC. ORIGIN. NASC. N. 30622 FLS. 220 LIV. A-34
CARTÓRIO SAPE-PB
CPF 016.317.574-82

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Edilane Barbosa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

7000

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



Lejano e. corrao da Silva

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Filho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 33.390.006-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO 13/10/2017

NOME
CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO
FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÉZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPÉ/PB

18/12/1969

DOC. ORIGEM

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 1900

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

PIS 18087453293

001 1 Via


VAGNER PEREIRA TAVES
FUNDADOR DO INSTITUTO
DO CEB/CEM

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0203

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.682.782 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2011

NOME EDILANE BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO MARIANO DA SILVA
EDIJANE BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE SAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1992

ODG ORIGEM NASC.N.30622 FLS.220 LIV.A-34
CARTORIO SAPE-PB
CPF 016.317.574-82

Assinatura: Israel Aureliano de Silva
Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236





Edilane Barbosa da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184174/20

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

CPF: 759.956.204-44

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO MARIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FERNANDO MARIANO DA SILVA : 759.956.204-44

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: 02/07/2020
Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA
CPF: 759.956.204-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FERNANDO MARIANO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO