

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200341306

Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

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: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000015383-0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

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

Nome completo: **Maricleide Gomes B. do Nascimento** 6 - CPF: **784.461.124-34**  
 7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **Rua das Seriguelas** 9 - Número: **5N** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Mucumagua** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58000-000**  
 15 - E-mail: **(83) 986634900**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: **0129** ☐ COB: **15383** ☐ 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, em minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e assumindo, desde já, a responsabilidade por esta autorização e a ciência de que a totalidade 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 não sou, nem estou nem pretendo ser, médico ou profissional de saúde, nem tampouco sou médico ou profissional de saúde, 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Se a 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 não filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder não se responsabiliza por morte ou invalidez decorrente de acidente de trânsito, quando o beneficiário ou o representante legal não apresentar a documentação necessária, estando o cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração prevista no art. 298 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

**João Pessoa - PB 20/02/2020**  
**Maricleide Gomes B. do Nascimento**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 67217 1527

6236

VALID THRU

10/24

MARICLEIDE G B NASCIMENTO  
0729 013 00015383-0

MasterCard

débito

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: **Maricleide Gomes B. do Nascimento** 6 - CPF: **784.461.124-34**  
 7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **Rua das Seriguelas** 9 - Número: **5N** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Mucumagua** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58000-000**  
 15 - E-mail: **(83) 986634900**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: **0129** ☐ COB: **15383** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, em minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e assumindo, desde já, a responsabilidade pela liberação do crédito, que corresponde ao valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não sou médico ou não exerço a função de médico, nem sou responsável por serviços médicos, e não realizei perícias para fins 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.394/74, art. 3º, §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 ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Se a 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 não filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da utilização do Seguro DPVAT por morte sem a liberação prévia do Antecipatório e permanência nesta condição, e do fato de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração prevista no art. 179 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

**João Pessoa - PB 20/02/2020**  
**Maricleide Gomes B. do Nascimento**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 67217 1527

6236

VALID THRU

10/24

MARICLEIDE G B NASCIMENTO  
0729 013 00015383-0

MasterCard

débito



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01469.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 de fevereiro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Maricleide Gomes Batista Nascimento**, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringueiras, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização, Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, CID S82.0; conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. YURI CORDEIRO CRM 11507 PB.

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

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2020.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO**  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01469.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 de fevereiro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Maricleide Gomes Batista Nascimento**, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringueiras, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização, Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, CID S82.0; conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. YURI CORDEIRO CRM 11507 PB.

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

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2020.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO**  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: **Maricleide Gomes B. do Nascimento** 6 - CPF: **784.461.124-34**  
 7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **Rua das Seriguelas** 9 - Número: **5N** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Mucumagua** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58000-000**  
 15 - E-mail: **(83) 986634900**

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: **0129** ☐ COB: **15383** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, em minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e assumindo, desde já, a responsabilidade pela liberação do crédito, que corresponde ao valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não estou solicitando a contestação do laudo pericial emitido pelo IML (Instituto Médico Legal) 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.

Permitivo assinado, 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Se a 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 não filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder não se responsabiliza por morte decorrente de lesões decorrentes de acidente de trânsito, quando o beneficiário ou seus representantes não apresentarem a documentação necessária, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração prevista no art. 298 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

**João Pessoa - PB 20/02/2020**  
**Maricleide Gomes B. do Nascimento**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 67217 1527

6236

VALID THRU

10/24

MARICLEIDE G B NASCIMENTO  
0729 013 00015383-0



débito

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 784.461.124-34 3 - CPF da vítima: 784.461.124-34 4 - Nome completo da vítima: Maricleide Gomes B. do Nascimento

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

5 - Nome completo: Maricleide Gomes B. do Nascimento 6 - CPF: 784.461.124-34  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua das Seriguelas 9 - Número: 5N 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mucumagua 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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: 0129 COB: 15383 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, em minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e assumindo, desde já, a responsabilidade por esta autorização e a ciência de que a totalidade 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 não sou, nem estou nem pretendo ser, médico ou profissional de saúde, e não sou responsável por qualquer tipo de laudo médico (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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Se a 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 não filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder não se responsabiliza por qualquer tipo de indenização do Seguro DPVAT por morte quando a vítima não apresentar a documentação necessária, estando o cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração prevista no art. 298 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido  
36 - CPF legível de quem assina o pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Maricleide Gomes B. do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**

POUPANÇA

603689 0010 67217 1527

6236

VALID THRU

10/24

MARICLEIDE G B NASCIMENTO  
0729 013 00015383-0

MasterCard

débito

# 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: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000015383-0

---

Nr. da Autenticação AEDE4DEBC8A573E

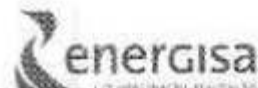


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para sistema pagamento de rateio fixo, 22/2020 da energia elétrica. Nº 037.549.916



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.515.023-6

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS  
RUA DAS SIRIGUELAS S/N  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/852641-0

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

24/01/2020

## CONSUMO

273

## VENCIMENTO

31/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 242,12

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08308.683179 6 81510000024212

Pagador: FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS CNPJ/CPF: 050.353.054-80

RUA DAS SIRIGUELAS S/N - MUCUMAGRO - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008308683	000852641202001	31/01/2020	R\$ 242,12	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 28, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento em valor fixo.

Documento não é segurado em caso de perda.

Boleto para simples pagamento do não fiscalizante de energia elétrica. Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

### REFERÊNCIA

JAN/2020

### APRESENTAÇÃO

20/01/2020

### CONSUMO

227

### VENCIMENTO

27/01/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento em valor fixo.

Documento não é segurado em caso de perda.

Boleto para simples pagamento do não fiscalizante de energia elétrica. Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

### REFERÊNCIA

JAN/2020

### APRESENTAÇÃO

20/01/2020

### CONSUMO

227

### VENCIMENTO

27/01/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-82-83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ouvidoria: 0800-022-91-35

### 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/SIBID/ECANWEB/DOCORIGINALASPK?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 pessoais, informações acerca da profissão e da fonte 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.733/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maíclide Gomes B. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 784.461.324 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maíclide Gomes B. do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o nº 784.461.324 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recusa 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. 295 do Código Penal.

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

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

  
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 022 51 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/SIBID/ECANWEB/DOCORIGINALASPK?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 pessoais, informações acerca da profissão e da fonte 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSEGURO, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.131/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maíclide Gomes B. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 784.461.324 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maíclide Gomes B. do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o nº 784.461.324 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-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. 295 do Código Penal.

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

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura do Declarante

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 50A	SEXO: FEM	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 30/11/2019		DATA DE ALTA: 23/01/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna</i>					CID <i>S82.0</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB + aine + analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

23/01/2020

DATA

Dr. Rodrigo Amaral  
Gestor Clínico  
Ortopedia

ASS. MÉDICO / C.R.M.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 283422

Atd: Nao Regulad

Data: 30/11/2019

Hora: 03:44:49

Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2019.11.003578

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 784.461.124-34

CNS: 708600036964780 Sexo: F IDENTIDADE: 3087386 Fone: 999533743

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/07/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA DAS SERIGUELAS - CASA, 118

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CLEIDE GOMES

Pai: HERMES BATISTA ALVES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: DONA-DE-CASA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSO - GILBERTO MARTINS LEITE

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO/GARUPA X MURETA DA BR DE ACESSO CAM

Vitima de violencia por: PINA GRANDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

7/12/2019 Acute SAU com lesão em PERNA D.R. + DETERM. O.R.O.S.  
em fratura exposta?  
Acute SAU, com dor abdominal, com fratura

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta R110 X  
ortopedica

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Rodrigo Fernandes  
Cirurgia Geral e Traumatologia  
CRM 4276

# 30/11/19  
03:57h

# ortopedia

Paciente vítima Colisão Carro x moto  
apresentando fr exp omr ferna @.

Ad: - Ao BC pr procedimento  
IH  
UPM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Lucio de F. Almeida  
CRM: 17.140.928

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE:

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maurício de Góes B. Rodrigues Data da Admissão: 30/11/19  
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  
QPD: \_\_\_\_\_  
HDA: \_\_\_\_\_  
fx exp osm penat  
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  
☐ Dispneia ☐ 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-reposu ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos  
**N e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF  
[ ] 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: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Dr.  Gomes da Figueiredo  
Ortopedia Traumatologia

CRM 88.932



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Mariade Gama Brito Pereira</u>				Registro: <u>2019 11 003578</u>	
Idade: <u>50</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clínica: <u>Outor</u>	EMP:	LR:
Data: <u>30/11/19</u>	Cirurgião: <u>D. Rodrigo Amuniz</u>			1º Assistente: <u>D. Luciano</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>D. Roberto Lago</u>	Tipo Anestesia: <u>Rapida</u>			Horário: <u>10:04:30</u>	Tot: <u>15h</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura exposta dos ossos</u>					
<u>da perna dir</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura exposta ossos da</u>					
<u>perna (dir) giro IIIA</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>LMC Frat. ossos da perna</u>					
<u>exposta + fixação externa</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não					Descreva:
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:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico
- ② Antissepsia + assepsia M.I.D

### Incisão:

- ③ Incisão horizontal, Ferimento aberto 15cm para Dir

### Achados:

- ④ Fratura exposta dos ossos da perna Dir

### Desbridamento

Condução: ⑤ Limpeza mec. contínua com S.F. 0,9% com curativo

- ⑥ Redução cirúrgica da fratura da tíbia.
- ⑦ Fixação externa com fixador ilíaco da tíbia
- ⑧ Sutura por aproximação da pele da perna.
- ⑨ Curativos

### Fechamento:

OBS: ~~Lesão~~ Lesão da pele externa na face anterior lateral da perna com risco de necrose da pele.

Data: 30/11/19

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB 437 SPOT 8531  
MÉDICO CRM







# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 17.12.19

Dr. Roberto A. Santos  
São - Traumatologia  
CRM-PB 2530  
MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maucléide Guedes B. Macedo</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>07.01.20</u>	Cirurgião: <u>Dr. SAIMON</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr.</u>		Tipo Anestesia: <u>local</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>fractura com fibula em perna direita</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>o mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>debridamento cirúrgico</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					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal  
Anestesia e antiseptia

**Incisão:**

**Achados:**

Sequestro com fibrosa

**Conduta:**

Desbridamento DE FÓRDO COM FIBROSA COM FÓRULA D.P.  
aproximado

**Fechamento:**

**OBS:**

Data: 04/01/20

Dr. Jalison Dantas  
Osteopata  
CRM 123456  
**MEDICO/CRM**



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>17/12</i>	Cirurgião: <i>Dr. João da Silva</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Augusto</i>	Tipo Anestesia: <i>Local</i>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Doença de Alzheimer</i> <i>sem outras</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Cirúrgia de amputação</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	<i>Dr. Maria Augusta</i> <i>Médico</i> <i>CRM-PB 5177</i> <i>Dr. João Augusto Souza Ferreira</i> <i>Médico</i> <i>CRM-PB 5177</i>		
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					



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente deitado sobre  
bancada de litotomia.

Incisão:

- Incisão vertical sobre o  
cristo ilíaco.

Achados:

- Cálculo de 3.0 cm  
de diâmetro.

Conduta:

- Cálculo de 3.0 cm  
de diâmetro.

Dr. Manoel Augusto Silva  
Médico  
CRM 117

Fechamento:

OBS:

Data: / /

MÉDICO/CRM

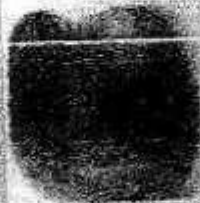


VALORES A TORNAR 01/01/2013 - 31/12/2013 1039001575		NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	COD. CIVIL 1001462		CPF 539
	END. 458,536-824-91		DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	NOME DO JOSE DA GERVASIO DA SILVA		
	RESIDENCIAL 1001462	NOME 1001462	CATEGORIA 1001462
Nº ANEXO 00004110102	EMISSÃO 10/11/2013	1ª VALIDADE 06/04/1969	
ASSINATURA 			
VALORES A TORNAR 01/01/2013 - 31/12/2013 1000001575		NOME JOAO FERREIRA DA SILVA	
	COD. CIVIL 1001462		CPF 539
	END. 458,536-824-91		DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	NOME DO JOSE DA GERVASIO DA SILVA		
	RESIDENCIAL 1001462	NOME 1001462	CATEGORIA 1001462
Nº ANEXO 00004110102	EMISSÃO 10/11/2013	1ª VALIDADE 06/04/1969	
ASSINATURA 			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL  
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL  
1 - Registro de Nascimento



Assinado pelo Registrador do Nascimento

VIA DE EM TORO O TERMO NACIONAL

03/11/2017

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

2ª VIA

Assinado pelo Registrador do Nascimento

Assinado pelo Registrador do Nascimento

Assinado pelo Registrador do Nascimento

Assinado pelo Registrador do Nascimento

DATA DE NASCIMENTO

02/07/1969

FLS. 200 - CARTÓRIO 1º

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL  
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL  
1 - Registro de Nascimento



Assinado pelo Registrador do Nascimento

VIA DESEMPENHO O TRIBUNAL NACIONAL

03/11/2017

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

2ª VIA

Assinado pelo

Assinado pelo Registrador do Nascimento

Assinado pelo

Assinado pelo

DATA DE NASCIMENTO

02/07/1969

FLS. 200 - CARTÓRIO 1º

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200341306 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 5/6\_CIRURGIA

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

**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 38/08/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

CPF do beneficiário: 784.463.324-34

Nome do solicitante:

José Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 455.536.024-91

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (

83) 98663-4900

Tel. Comercial: (

)

Tel. Residencial: (

)

E-mail:

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

DISCORDO DA NEGATIVA



DISCORDO DO VALOR RECEBIDO



DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

NÃO



SIM, Informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:



Novos documentos médicos



Laudo do IML



Boletim de Ocorrência



Notas fiscais complementares



Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

João Pessoa - PB 38/08/2020.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Maricleide Gomes Batista do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Divorçada, profissão de Ton, residente e domiciliado à Rua das Serelebas, nº 118, bairro Murumagno, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.B., Cep 58.066-140, portador(a) do Rg nº 3.087.386, SSP/PB e CPF nº 784.461.124-34.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão ouvido, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Siqueira, nº 153, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.B., Cep 58066-384, portador(a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 455536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maricleide Gomes Batista do Nascimento, ocorrido em 30/11/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

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

João Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2019.

ARTÓRIO  
JOÃO BATISTA

Maricleide Gomes Batista do Nascimento  
Outorgante  
CPF Nº 784.461.124-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO  
VB  
ATADEARIA

1º OFÍCIO DE NOTAS  
DISTRITO DE TRANQUILIDADE

Reconhecimento de Firma 2020-006966

Reconheço por autenticidade a firma de:  
MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 06/02/2020 16:29:11  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51  
SELO DIGITAL: AJ887998-SCUF  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjb.pb.br>

RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

SELO NOTARIAL  
DISTRITO DE TRANQUILIDADE  
JOÃO BATISTA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Maricleide Gomes Batista do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Divorçada, profissão don, residente e domiciliado à Rua das Siniquedas, nº 118, bairro Murumango, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.B., Cep 58.066-140, portador(a) do Rg nº 3.087.386, SSP/PB e CPF nº 784.461.124-34.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão ouvido, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Siqueira, nº 153, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.B., Cep 58066-384, portador(a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 455536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maricleide Gomes Batista do Nascimento, ocorrido em 30/11/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

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

João Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

....., de ..... de 2019.

CARTÓRIO

JOÃO BATISTA

Maricleide Gomes Batista do Nascimento  
Outorgante  
CPF Nº 784.461.124-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO  
VB  
ATADEU  
1º OFÍCIO DE NOTAS  
Distrito de Transição  
Rua Rêbula Vieira Batista - Santa  
Rua Rêbula Vieira Batista - Santa  
CEP: 58066-384 - Fone: (33) 3334-4444

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-006966  
Reconheço por autenticidade a firma de:  
MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO  
Dau fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 06/02/2020 16:29:11  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51  
SELO DIGITAL: AJ887998-5CUF  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jo.br>

RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

SELO NOTARIAL  
Distrito de Transição  
João Pessoa - PB  
Rêbula Vieira Batista - Santa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269286/20

**Vítima:** MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCII

**CPF:** 784.461.124-34

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 30/11/2019

**Titular do CPF:** MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO : 784.461.124-34

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](http://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: 23/09/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA