
Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO 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, contados 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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 052.420.834-41 4 - Nome completo da vítima: Eltonaldo Lirio do 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: Eltonaldo Lirio do Silva 6 - CPF: 052.420.834-41
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Jean José da Fátima 9 - Número: 198 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Rei 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58027-190
15 - E-mail: ccj.ato@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 83-98849 5530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 29201 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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(vainhas)? ☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 056666.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 056666.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:12 min do dia 07/08/2020, na Delegacia Online, **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão OPERADORA DE CAIXA, natural de João Pessoa, nascido(a) em 19/08/1983, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Preta, filho(a) de MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA e NIVALDO FELISMINO DA SILVA, CPF 052.420.834-41, residente e domiciliado(a) no(a) RUA JORN JOSE DO PATROCÍNIO, BAIRRO ALTO DO CÉU, nº 198, bairro ALTO DO CÉU, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58027190, telefone(s) (83)98849-5530, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 01/01/2020 01:20h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, TORRE, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ELISANGELA CIRILO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 01/01/2020 POR VOLTA DAS 01:20H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160 BROS, ANO 2016, COR PRETA, CHASSI Nº. 9C2KD1000GR014088, DE PLACA OXO-2913/PB, DE PROPRIEDADE DA SRA EDJANE CIRILO SILVA DE CARVALHO, PELA AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, NO BAIRRO DA TORRE, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ASSIM QUE O SINAL ABRIU, AO TENTAR CRUZAR A AVENIDA, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE INVADIU O CRUZAMENTO E SE EVADIU DO LOCAL. EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA) NESTA CAPITAL, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 02:47H E SIDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EMITIDA PELA DRª ROSÂNGELA M. ESCOREL ALMEIDA, CRM-PB 3883.

x Elisangela Cirilo da Silva

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

x *Elisângela Cirilo da Silva*
ELISANGELA CIRILO DA SILVA

0ED4E430EF5F4DF34E59774A11617978

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Elisomiro Lúcio da 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:

Elisomiro Lúcio da Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recusado - de

8 - Endereço:

Rua Jean José da Fátima

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Rei

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel (DDD):

83-98849 5530

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ Operadora OAB

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000029201-6

Nr. da Autenticação 38600AABB7798F03

**FATURA****Brisanet Serviços de Telecomunicações LTDA**

Elisângela Cirilo Da
Silva
Rua Jornalista José do Patrocínio, 198 - Alto do
Mito Pessoa/PB

Código
18452523
CPF
052.420.834-41

Vencimento
08/08/2020
Valor
101,84
Forma de Pagamento
Boleto

IMPORTANTE

O pagamento desta fatura implica de todos os serviços e produtos nela contidos.

Para o conforto a Brisanet oferece algumas alternativas de pagamento da sua fatura. Rede Bancária e Casas Lotéricas.

Não Utilize pagamento via DOC, transferência bancária e depósito simples, pois nosso sistema não identifica esses pagamentos.

INFORMAÇÕES UTEIS

Após o vencimento, serão cobrados juros de 1% ao mês e multa de 2% no próximo extrato.

Evite o bloqueio do seu sinal efetuando seu pagamento até o vencimento. Brisanet, empresa filiada ao SPC.

Descrição do(s) Serviço(s)

Período de 10/06/2020 até 10/07/2020 - Mensalidade INTERNET FIBRA 200MB	89,00 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Taxa por Atraso de Pagamento 1/1	0,85 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Multa por Atraso de Pagamento 1/1	1,98 (+)

**033-7****03399.96662 20600.000218 77898.101017 1 83410000010184**

Pagador
Elisângela Cirilo Da Silva - CPF: 052.420.834-41

Nosso Número 21778961	Número do Documento 2177898	Vencimento 08/08/2020	Valor do Documento 101,84	(=) Valor Pago 101,84
--------------------------	--------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

Emissor

BRISANET GERENCIADORA DE ATIVOS LTDA - CNPJ: 19.796.576/0001-35
CE-138, Km 14, Estrada Brisanet, S/N - Sítio Serrote Verde, CE - 63460-000

Agência / Código do Beneficiário
10184 - Pessoa Física

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Queiroz Leitão Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elizomigla Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Elizomigla Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Avenida Loreman</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Leiteiro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.ades@igmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-3910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-988495530</u>

João Pessoa-PB 07 de Agosto de 2020
Local e Data

Adilson Luiz de Queiroz Leitão Neto
Assinatura do Declarante

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

NÃO DECLARATÓRIO

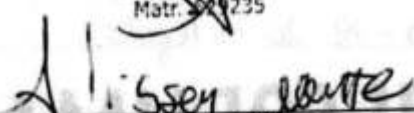
DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2001/041, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2657268, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/01/2020, na Av. Beira Rio, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 01:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Janeiro de 2020.

Alisson Monte
SAMU 192
Matr. 62923-5


ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CAMPEXO 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: 290954 Atd: Nao Regulada
Data: 01/01/2020
Hora: 02:47:39
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 161109015560002 Sexo: F IDENTIDADE: 2806669 Fone: 86957206

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/08/1983 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR CARDOSO TORRES, 146

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CAIXA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CUNHADO MATHEUS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.01.000008

Pai: NIVALDO FELISMINO DA SILVA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Q. a Principal

COLISAO MOTO X CARRO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
☐ Hemorragia	☐ Dispneia
☐ Diarreia	☐ Agitado
☐ Regular	☐ Chocado
☐ Vomito	
Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto. Apenas trauma em M-S-D

Diagnostico

Conduta

NAO houve cirurgia

Prescrição

Receita de medicacao

Intervenção

Chamado

Dr. Marliam Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

Artur H. Sudário Oliveira
CRM 33421 CREMER - 26.630
Cirurgião Geral (3344) Coloproctologia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

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

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

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

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elsangela C. da Silva Data da Admissão: 01/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: _____

QDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Cabeça e Pescoço:

[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Cefaléia [] Espirros [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dor [] Desmaio [] Cianose [] Edema [] Outros: _____

AR e ACV:

[] Dispneia [] Palpitações [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

ABD:

[] Dor [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Disúria [] Incontinência [] Aguarda [] Outros: _____

AGU:

[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Dor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SME:

[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ:

[] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elsângela C. da Silva Data da Admissão: 04/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: _____
HDA: Retirada de gesso de
mão após colar de
curativo com dor no pulso
direito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

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-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edizaura Cirqueira da Silva				Registro:	
Idade: 36a	Sexo: F	Cor: M	Clinica: Qual	EMP:	LR:
Data: 9/1/20	Cirurgião: Roberto Junior de Jesus			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesiado: A.E. Neto	Tipo Anestesia: Gás e fêres	Horário: I: 7h T: 12h		CID	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
Fratura do osso da antebraço					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
Redução cirúrgica com fixação					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 () Não					
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:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

profundidade e localização
do corpo estranho
Incisão longitudinal
ao nível do
peleio e alar
direito.
Redução cirúrgica
usando 2 placas.
3.5 de 7/8x1
para + de
6/8x1/2 para.
Após a fixação
linda, com
90° para a
neste palmo

Data: 31/1/2000

Roberto A. Silva
CRM 10.530
MÉDICO/CRM



CERTIDÃO

Nº. 0352/2020

Atendendo solicitação de **ADAILSON LUIZ QUEIROZ COUTINHO NETO** acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº290954 e Prontuário nº 2020.01.0008 pertencente ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2020 às 02h47min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia, 09/01/2020. Com alta médica dia 10/01/2020.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELISANGELA CIRILO DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: 36	SEXO: FEM.	COR:	CLÍNICA:	BNF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 01/01/20		DATA DE ALTA: 10/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: FR. OSSOS ANTERIORES				CID: S.52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
TRATAMENTO PRELIMINAR: NA					
PROCEDIMENTO REALIZADO: NAFT.					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO PÓS: ☐ SIM ☒ NÃO		EXATIDÃO DO MATERIAL: ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO - HISTÓRIA DOENÇA, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO, ATRAVÉS DA REDUÇÃO
ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSO

DIETA: **livre**

REPOUSO: Relativo em casa, por _____ dias.
Relativo às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Relativo às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **500mg de CEFALOXINA**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **DR. ROBERTO SANTOS** em **3 dias** para revisão. **7 dias**

10/01/20

DATA

Dr. Yuri Cordeiro
CRM 11.507 PB
Ortopedia e Traumatologia
ASS. MÉDICO - CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS (Art. 13 da Lei nº 2.366/94)



RESIGNATURA DO PORTADOR

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

ANEXO

13331100

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

NO
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE EXPIRAÇÃO
01/07/2018

DATA DE EXPIRAÇÃO
01/07/2018

PAULO ANTONIO MOTA E SILVA
PRESIDENTE



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1169704663

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELISANGELA CIRILO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2806669 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
052.420.834-41 19/08/1983

FILIAÇÃO
NIVALDO FELISMINO DA
SILVA
MARIA DAS DORES CIRILO
AD SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06195768319

VALIDADE
07/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/10/2014

OBSERVAÇÕES

Elisângela Cirilo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/11/2015

Aristeu Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR

12982550761
PB031590713

DETRAN-PB (PARAÍBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169704663

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200299075 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Elisomelo Lirio do 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:

Elisomelo Lirio do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recruteiro

8 - Endereço:

Rua Jean José da Fátima

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Rei

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

Operador 013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (vairasor)?

☐ 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

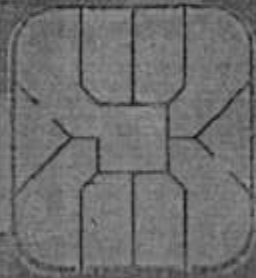
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antônio Luiz de Oliveira
Loutinho Neto

CAIXA

POUPANÇA



DÉBITO

6277 8012 5122 4329

ELISANGELA CIRILO SILVA

0617 013 00029201-6 08/21



INTERNET **BANKING**

SAIR

Conta ▾

0617 013 00029201-6

Meu Saldo ▾

R\$ 23,34



minha conta



investimentos



fgts e inss



pagamentos



crédito



habitação



cartões



transferências



loterias



INTERNET BANKING



SAIR

			Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	CRED JUROS		0,01 C
			Saldo	8,92 C
10/08/2020	101203	COMPRA ELO		5,58 D
			Saldo	3,34 C
21/08/2020	000000	REM BASICA		0,00 C
			Saldo	3,34 C
27/08/2020	000000	REM BASICA		0,00 C
			Saldo	3,34 C
28/08/2020	<u>000323</u>	<u>CRED TED</u>		1.020,00 C
			Saldo	1.023,34 C
28/08/2020	281638	SAQUE ATM		1.000,00 D
			Saldo	23,34 C

* 670 - Não há lançamentos do dia.



INTERNET **BANKING**



SAIR

Horários e Limites

Saldo 23,34 C

Saldo bloqueado 0,00

Saldo disponível 23,34 C

Saldo total 23,34 C

* 650 - Sujeito a alteração até o final do expediente bancário.

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
-----------	----------	-----------	-------

	000000	SALDO ANTERIOR	0,00
--	--------	----------------	------

		Saldo	8,91 C
--	--	-------	--------

01/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
------------	--------	------------	--------

		Saldo	8,91 C
--	--	-------	--------

01/08/2020	000000	CRED JUROS	0,01 C
------------	--------	------------	--------

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elisomela Cirilo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Operadora de caixa Nº DO RG: 06195768319
ORGÃO EMISSOR: Detran - PB DATA DE EMISSÃO: 09/11/15
Nº DO CPF: 052.420.834-41 ENDEREÇO: Rua Jeron. José
dos Sobrecinios, nº 138, Alta do Lou, João Pessoa - PB, 58027-
190

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Elisomela Cirilo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 07 de Agosto 2020.

Elisomela Cirilo da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234499/20

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

CPF: 052.420.834-41

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 01/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

ELISANGELA CIRILO DA SILVA : 052.420.834-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/08/2020
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO