



Número: **0802183-51.2020.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conceição**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45150345	30/06/2021 14:31	Petição	Petição
45150347	30/06/2021 14:31	2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
45150348	30/06/2021 14:31	2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45150599	30/06/2021 14:31	2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
45103051	30/06/2021 14:00	Alvará de Levantamento	Alvará de Levantamento

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CONCEICAO/PB

Processo n.º 08021835120208150151

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CONCEICAO, 28 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

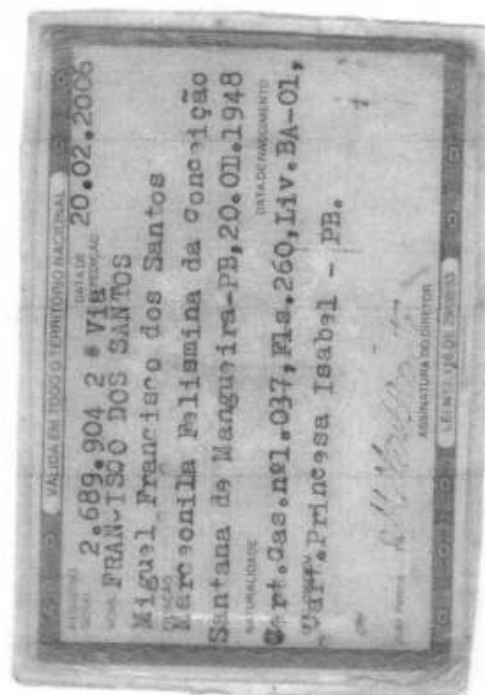
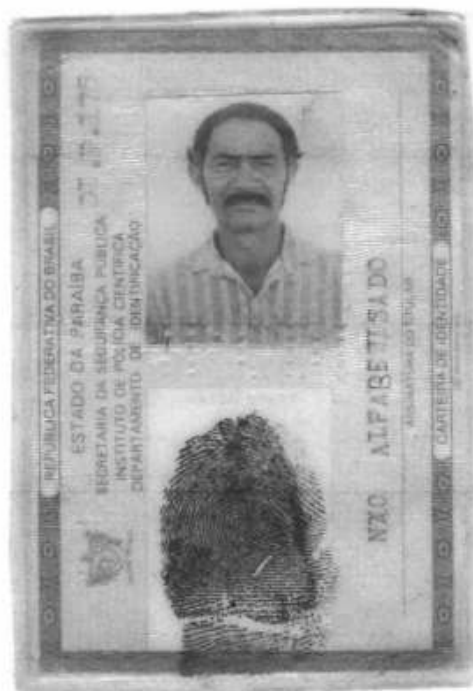
SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311788900000042910633>
Número do documento: 21063014311788900000042910633



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CARTÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011348733076
PDT 2014210000061250
I 0027987294-1 00/00000000 2014

LUCIVANIO FERREIRA DE CARVALHO

08840066498

NOVO

PB 9C2KCI550AR112031

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CO 136

2 B/149 /CI

ARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 07/02/2014

VALOR P/A 0

PARCELAMENTO/COIAS

SEGURO P A G O 07/02/2014

A.F. ADM DE CONC RACION HONDA LTDA

IBIRUA

21

11/02/201

35033



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: 901563154-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901563154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Macaxeiro 9 - Número: 515 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Maracaju 13 - Estado: MS 14 - CEP: 58985000
15 - E-mail: serico-advocacia@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999479520 24

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 05475 4 CONTA: 0008587 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - 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 (filho nascido)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

26048362880

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 14288129460

Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Conclucionista da Silva

CPF: 04676255997

Conclucionista da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 25/08/2020

X Itapiranga 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1007/2019



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: 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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 5775 4 Conta: 0008587 1

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - 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 (nascido)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

260 183 628 80

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vianna da Costa

CPF: 142 881 294 60

Filipe Vianna da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Conluçiana da Silva

CPF: 046 762 551 97

Conluçiana da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/08/2020

X 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1007/2019



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

NOME
JOSE CRISTIANO LOPES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CRI. EMISSOR DE
38350448X SSP SP

CPF
260.183.628-80 DATA NASCIMENTO
13/09/1975

FUNÇÃO
ADELINA LOPES DA SILVA

RENOVAÇÃO
01/08/2021

DATA
15/02/2000

VALIDA EM TODAS
AS TERRITORIAIS NACIONAIS
1404011510

CLASSIFICAÇÃO
BAB ESCOLAR;
EXERCE ATIV. REGENERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
07/10/2016

46026635850
PB033268630

DETRAN - PB (PARAIBA)

NÚMERO PLASTIFICAR
1404011510



Por que esperar a sua fatura chegar em casa? Baixe, agora, o app Way para acompanhar suas compras em tempo real e cadastre o recebimento da fatura por email.



AD: 41006237



CTC RECIFE PE PLB
JOSE CRISTIANO LOPES DA SILVA
SILVINO MANGUEIRA 57
CENTRO
58985-000 SANTANA DE MANGUEIRA PB



Quer fazer compras online com mais segurança? Gere o seu cartão compras online no app Way.

Data Postagem:
06/07/2020
Data Vencimento:
12/07/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200273847 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/03/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI ESQUERDA P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO ESQUERDO(PLACA E PARAFUSO). P4 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P14 15

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco dos Santos
RG: 2 689 209 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 901 563 154 91
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: agricultor
Endereço: Sítio, Maxixeira Nº 5X
Bairro: zona rural Cep: 58 985 000 Cidade/UF: Santa Maria de Bonfima
Telefone: (83) 999471520 () ()

OUTORGADO:

Nome: Welson Rodrigues dos Santos
RG: 5652161 Orgão Emissor: SSP/PE CPF: 039 247 064 09
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: Autorizador
Endereço: Rua Burdeto Figueiredo Nº 22
Bairro: centro Cep: 58 980 000 Cidade/UF: Taperoanga
Telefone: (83) 999471520 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente:

Vítima: Francisco dos Santos CPF: 901 563 154 91
Data do Acidente: 10/03/2020 Cobertura solicitada: () Invalidez Permanente () DADS () Morte

Por não ser alfabetizado (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: João Guilherme Lopes da Silva
RG: 38 95 0448 X Orgão Emissor: SSP/SP CPF: 260 183 628 80
Endereço: Rua Silvana Rompadeira Nº 57
Bairro: centro Cep: 58 985 000 Cidade/UF: Santa Maria de Bonfima PB

** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Taperoanga 30/07/2020
Local e Data

Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Fili Pe. Mauro da Costa
CPF: 142 881 29460
Local e Data: Taperoanga 30/07/2020

Testemunha 2:

Carlinhos da Silva
CPF: 046 262 554 92
Local e Data: Taperoanga 30/07/2020



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05775-4

CONTA: 000000008587-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2109202005000000000023705775000000008587236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311879700000042910634>

Número do documento: 21063014311879700000042910634



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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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

Carta nº 16003533

Pag. 00759/00760 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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

Pag. 01229/01230 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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

Pag. 01507/01508 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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

Pag. 00033/00034 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200273847

Vítima: FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DOS SANTOS

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 superiores 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: **FRANCISCO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005775-4**

Conta: **0000008587-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:

901563154-91

Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francisco dos Santos

901563154-91

agricultor

Sítio Naxixeiro

518

Casa

area rural

Santana de Mangueira

PA

58 985 000

neio.ondrejaria@hotmail.com (83) 987616835

999171520 24

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - 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 (a) (nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

26018362880

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 142 881 29460

Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Concluído da Silva

CPF: 046 762 551 97

Concluído da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/07/2020

X 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10007/2010





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 0496 /2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA E HORA DO FATO: 10 / Março / 2020 HORAS 9h00

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: José Pereira de Sousa

Notificante/Vítima:

FRANCISCO DOS SANTOS, brasileiro, natural de Santana de Mangueira - PB, Casado. Agricultor, nascido no dia 20:01.48, filho de Miguel - Francisco dps Santos e Marceonila Felismina da Conceição, portador do RG nº.2.689.904 -2a.via/SSP/PB e CPF 901.563.154-91, residente no Sítio Maxixeiro, área rural de Santana de Mangueira-PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima mencionadas, retornava de Manaira para sua residencia no Sítio Maxixeiro, área rural de Santana de Mangueira - PB, pela Rodovia que liga Manaira à Santana de Mangueira-PB, conduzindo a moto HINDA/CG 150 FAN, cor vermelha, ano 2010, placa NQK-72 36/PB e chassi nº. 9C2KC1550AR112031, em nome de LUCIVANIO FERREIRA DE CARVALHO, e já se aproximando da entrada do seu Sítio, um cachorro atravessou o asfalto não dando para desviar, colidindo com o mesmo, caindo no acostamento, sendo socorrido por um veículo do Município de Santana de Mangueira-PB, para atendimento Hospitalar.

Itaperanga, PB Em, 19 de Maio de 2020

Notificante/Vítima: 

Escrivão Plantonista: 

Fco. S. Rodrigues
ESCRIVÃO PLANTONISTA
CHEFE DE CARTÓRIO



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: 4 - Nome completo da vítima:

901563154-91

Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francisco dos Santos

901563154-91

agricultor

Sítio Naxileiro

S/N

Casa

area rural

Santana de Maranguá

PA

58985000

15 - E-mail: sergio.andressa@hotmail.com (83) 987616835

999171520 24

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - 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 (a nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

26018362880

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 14288129460

Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Carlos Eduardo da Silva

CPF: 04676255997

Carlos Eduardo da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10007/2019

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: 4 - Nome completo da vítima:

901563154-91

Francisco dos Santos

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Francisco dos Santos

901563154-91

agricultor

Sítio Naxixeiro

518

Casa

area rural

Santana de Mangueira

PA

58 985 000

neio.ondresaria@hotmail.com (83) 987616835

999171520 24

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - 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 (nascido)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

26018362880

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: Felipe Vieira da Costa

CPF: 142 881 29460

Filipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Concluído da Silva

CPF: 046 762 551 97

Concluído da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/07/2020

X 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10007/2010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE TRIBUTOS
 DEPARTAMENTO DE TRIBUTOS E CONTRIBUIÇÕES
 SECRETARIA NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5452161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PLUGÃO
ADRIANO DOS SANTOS

ODONTOLOGIA DA SIL
VA

PERMISSÃO
RECONHECIDA

ACC
RECONHECIDA

CAT. HAB.
A.S.

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
32584580707
PERNAMBUCO

VALOR EM TODO
 O TERCEIRO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA ELINDO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
 ITAPORANGA/PE CEP 5670000 (AG 154)
 CPF/CNPJ/RN: 039.247.064-09

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/28252-5

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES-MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 7-154-25-3110 NP Medidor 0000967427

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000282525

VALOR DA FATURA
R\$ 24,72

VENCIMENTO
19/06/2020

REFERÊNCIA
Jun / 2020

CONSUMO
27 kWh

0,83 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LETURA
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Custo de Disponibilidade			23,41	23,41	25	5,85	23,41	0,21	0,98	
0004	JUROS DE MOROSIDADE			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA MOROSIDADE			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (CCX100)			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
	TOTAL			24,72	23,41		5,85	23,41	0,21	0,98	

CC: Código de Classificação do Item
 Tarifa e Tributos: 0,545400

RESERVADO AO FISCO b2d7 b36c 484b 8050 0a88 c3e3 1496 4926

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Período	Consumo (kWh)
Jun/20	119
Jul/20	24

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	6,42	25,98





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Wilson Rodrigues da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.563.154 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Francisco da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 901.563.154 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Eurásio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Tapoanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>netos.moreira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280-000</u>	Tel.(DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Tapoanga, 30, 07/2020

Wilson Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

DLRL.001-V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DE MANGUEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaração

Declaro para os devidos fins, que a Secretária de Santana de Mangueira – PB encaminha o paciente o Sr FRANCISCO DOS SANTOS, portadora do **CPF: 901.5663.154-91** e **RG: 2.689.904**, residente no Sítio Maxixeiro, no Município Santana de Mangueira – PB, sofreu um acidente no dia **10** de março de 2020, às 09 horas (nove horas) da manhã o mesmo vinha do sítio Cabano em direção ao sítio maxixeiro, o mesmo colidiu com um cachorro, sendo socorrido pelo motorista José Cristiano Lopes da Silva, para hospital regional de Patos –PB, onde passou por cirurgia.

Sem mais para o momento, firmo e dou fé às informações por serem verdadeiras.

Santana de Mangueira – PB, 15 de julho de 2020.

JOSÉ CRISTIANO LOPES DA SILVA

260.183.628-80



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS
 DE IDENTIDADE NACIONAL DO BRASIL

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5452161 SSP PE

CPF
039.247.064-09 DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PLANOJA
ADILSON DOS SANTOS

ODONTOLOGIA DA SIL
VA

PERMISSÃO
RECONHECIDA ACC
RECONHECIDA CAT. HAB.
A.S.

Nº REGISTRO
04119219971 VALIDADE
30/06/2022 1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO
21/06/2017

Edilson Rodrigues dos Santos
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

32584580707
 98079781386

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1424948517

VALOR EM TODO
 O TERCEIRO NACIONAL
 1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA ELINDIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
 ITAPORANGA/PE CEP 5670000 (AG 154)
 CPF/CNPJ/RN: 039.247.064-09

energisa

Grupo CONVENCIONAL BARRA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES-MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 7-154-25-3110 NP Medidor 0000967427

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/28252-5

00000282525

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000282525

VALOR DA FATURA
R\$ 24,72

VENCIMENTO
19/06/2020

REFERÊNCIA
Jun / 2020

CONSUMO
27 kWh

0,83 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LETURA
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Custo de Disponibilidade			23,41	23,41	25	5,85	23,41	0,21	0,98	
0004	LANÇAMENTO E SERVIÇOS			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	JUROS DE MOROSIDADE			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (CCX100)			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
TOTAL				24,72	23,41		5,85	23,41	0,21	0,98	

CC: Código de Classificação do Item
 Tarifa e Tributos 0,545400

RESERVADO AO FISCO b2d7 b36c 484b 8050 0a88 c3e3 1496 4926

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Período	Consumo (kWh)
Jun/19	119
Jul/19	24

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia	6,42	25,98



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

NOME
CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS / CATEGORIA DE VEÍCULO
2991913 887 PR

CPF
046.762.554-97 DATA NASCIMENTO
14/11/1981

FUNÇÃO
INACIO CAMILO
JOSEFA MOTA DA SILVA

PERMISSÃO
A3

Nº REGISTRO
05156061006 VALIDADE
29/09/2020 1ª EMISSÃO
10/03/2011

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1169602510

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169602510

Observações

Assinatura do Titular

LOCAL
ITAPORANGA, PR DATA EMISSÃO
06/10/2015

16430996906
PR031163041

DETRAN-PR (PARAIBA)



FICHA DE INTERNAÇÃO

1105

INTERNAÇÃO	99873	PRONTUÁRIO	49120
DATA	10/03/2020	HORA	10:19
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	NUBIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	SESIOM QUIRINO WANDERLEY		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FRANCISCO DOS SANTOS	IDADE	72a 1m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARCEONILA FELISMINA DA CONCEICAO		
FILIAÇÃO II	MIGUEL FRANCISCO DOS SANTOS		
CIDADE	SANTANA DE MANGUEIRAPB	58985000	
ENDEREÇO	SITIO MAXIXEIRO		
BAIRRO	ZONA RURAL		
NATURALIDADE	SANTANA DE MANGUEIRA		
TELEFONE	8387425370	CELULAR	
C.N.S.	704308583693891	IDENTIDADE	2689904
C.P.F.	901.563.154-91	REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/01/1948	COR	PARDO
EST.CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	APOSENTADO

RESPONSÁVEL RICARDO CEZAR FERREIRA LI Ass. Resp./Paciente

Dr. Ricardo Cezar Ferreira

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Utiuz de guado de moto
com Trauz em antebraço (E) -*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Dor + edema.*EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X*DIAGNÓSTICO *Fratura de Colozzi*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *19/03/2020*Hora *18* H *00* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Leonardo Moriel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1011 - FOLIO 12345*

INACIO CAMILO
 SIT CALHUEIRA S/N - APEA (RURAL)
 ITAPORANGA/PB CEP 56700000 (AG 154)
 CPF/CNPJ/RN 139 149 989-30



Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Ligação MONOFÁSICO
 Rua 15 - 154 - 171 - 3630 - NP Medidor 0000380479

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1883268-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018832683

VALOR DA FATURA
R\$ 68,53

VENCIMENTO
02/06/2020

REFERÊNCIA
Mai / 2020

CONSUMO 2,22 kWh
71 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LETURA
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO
 Abr/20 R\$72,19
 Mar/20 R\$56,42
 Fev/20 R\$37,79
 Mar/19 R\$443,90

Código	Descrição	Quant	DESCRIÇÃO						
			Taxas e Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alug. (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	PS (R\$)	CS (R\$)
0901	Consumo em kWh	71	0,791550	56,31	56,31	25	14,04	56,18	0,00
0907	LAVAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	CONTRIBUIÇÃO ALUGUELO			1,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0909	JUROS DE MORA (C. 1119)			0,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0910	MULTA (C. 12019)			0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0911	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (C. 12019)								





 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL <small>DEF. SANTOS - CAMPESINHO</small>		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 	
Nome do Paciente: <i>Francisco dos Santos</i>				Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <i>18/03/2020</i>		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <i>Marcelo Scarpim</i>		1º Auxiliar: <i>Kaethe Barbosa</i>			
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador: <i>George</i>	
Anestesista: <i>Augusto Moreno</i>		Tipo de Anestesia: <i>Bloqueio de Plexo</i>			
Diagnóstico Pré-Operatório:					
Tipo de Cirurgia: <i>Fratura de radio ulnar</i>					
Diagnóstico Pós-Operatório:					
Relatório Imediato do Patologista:					
Exame Radiológico no ato: <i>Sim</i>					
Acidente Durante a Cirurgia:					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal
- 2) Anestesia + anti-hipertensão + compressas
- 3) Incisão dorsal em antebraço (via de Thompson)
- 4) Redução + fixação com placa + parafusos + fios de Kirschner
- 5) fechamento por planos + sutura
- 6) curativo

RELATÓRIO DE CIRURGIA



JULIANA VIEIRA DA COSTA
SIT PINTO S/N - AREA RURAL
BOM VENTURA/PE CEP 55400000 (AG 154)
CPF: 041.979.394-46



Grupo CONVENCIONAL DA ATENÇÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC H1 / Subclasse BAHARENDA BPL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 11-15 / 551-3988 Nº Medidor 0000548643

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5710467-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00007104672

VALOR DA FATURA
R\$ 0,00

VENCIMENTO
25/06/2020

REFERÊNCIA
Jun / 2020



CONSUMO 1,51 kWh
45kWh MÉDIA QUARTA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO
Mai/20 R\$31,32
Jul/19 R\$508,42

CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	DESCRITIVO				Valor Base Calc. (R\$)	Alq. (R\$)	KMS Base Calc. (R\$)	KMS (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
				Total (R\$)	Total (R\$)	Total (R\$)	Total (R\$)									
0002	Consumo de 500W BR	30	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo 21 a 500W BR	15	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	Substituição			24,62	0,00	0	0,00	24,62	0,22	1,03						
0004	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS															
0005	CRÉDITO A CANCELAR (JULHO)			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Dedução Substituição			-23,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



PACIENTE: <u>Francisco dos Santos</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL <small>DEF. SANITÁRIA - CARREIRO</small>  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>72</u>	REGISTRO: <u>49320</u>	
CIRURGIA: <u>Proc. Cirúrgico em nádu? E.</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Araújo</u>		
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Menezes</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>George</u>		DATA: <u>18.03.2020</u>	INÍCIO: <u>15:50</u>	FIM:	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval <u>FETANIL 1</u>		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5% <u>50mg</u>	✓	PVPI Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex <u>VICPR 02 1</u>
	Sufenta		Vaselina Estéril <u>NYLO 02 1</u>
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Agulha p/ Escitoplex 1</u>

071210450 03/10/2019





SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO
DO PARÁ

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

Paciente: Francisco Santos Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: II Leito: 05 Data: 11/11/2021

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	
1.	1) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
2.	2) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
3.	3) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
4.	4) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
5.	5) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
6.	6) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
7.	7) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
8.	8) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
9.	9) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
10.	10) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
11.	11) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
12.	12) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
13.	13) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
14.	14) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
15.	15) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
16.	16) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
17.	17) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
18.	18) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
19.	19) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
20.	20) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
21.	21) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
22.	22) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h
23.	23) DRENA LIVRE - SENO	12:00 h	12:00 h

SINAIS VITAIS				SINAIS VITAIS			
06:00 h				12:00 h			
Tax: 36 °C	P: 70 bpm	Tax: 36,7 °C	P: 70 bpm	Tax: 36,6 °C	P: 70 bpm	Tax: 36 °C	P: 70 bpm
R: 130 x 90 mmHg	SpO2: 90 %	R: 130 x 90 mmHg	SpO2: 90 %	R: 130 x 90 mmHg	SpO2: 90 %	R: 130 x 90 mmHg	SpO2: 90 %
PA: 130 x 90 mmHg	HGT: 256 (g/L)	PA: 130 x 90 mmHg	HGT: 256 (g/L)	PA: 130 x 90 mmHg	HGT: 256 (g/L)	PA: 130 x 90 mmHg	HGT: 256 (g/L)
Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml	Diurese: 0 ml

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:19
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311879700000042910634

Paciente: Fernando Sanabria Diagnóstico: _____

for/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data da Adm: _____ / _____ / _____

DATA: 14, 3, 1, 2, 0, 1, 1

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

- | INTERCORRÊNCIAS DAS 24H | |
|----------------------------------|--|
| 1. DIETA LIVRE P/DU e RN | |
| 2. SF 0.9% 1000ML EV | |
| 3. Losartana 50g 1x1 dia 4 dias | |
| 4. CEFALOTINA 1G 08:06 HS EV | |
| 5. Caprol 50g Q a Pn 7 160x100 | |
| 6. DIPIRONA 1G 6:05 HS EV | |
| 7. Ket 6/6h, Probado melhora R | |
| 8. OMEPRAZOL 40MG 01 x AO DIA EV | |
| 9. | |
| 10. | |
| 11. SSW+CCGG | |
| 12. | |
| 13. | |
| 14. | |
| 15. | |
| 16. | |
| 17. | |
| 18. | |
| 19. | |
| 20. | |

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x		mmHg	PA:	110	x 70	mmHg	PA:	102	x 80	mmHg	PA:	140	x 90	mmHg
HGT:			mg/dl	HGT:	226		mg/dl	HGT:	315		mg/dl	HGT:	446		mg/dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

13

Single Women *with* Will Power
COME and Conquer YE

COMINSA S.A. - C.A. 15.111.000



+ SUS

Secretaria de Saúde do Estado
Complexo Hospitalar Regional Dep. Jandunhy Carneiro
Patos - Paraíba

Setor/Enfermaria: 11 Leito: 05 Data da Adm: / /
DATA: 16 / 03 / 2010 : h

HORÁRIOS

INTERCORRENCIAS DAS 24H

INTERCORRENCIAS DAS 24h	
1. DIETA ORAL	
2. SF 0,9% 1000ML EV	18
3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV	17 24 08
4. TILATIL 20MG 12/12 HS EV	18
5. TRAMMAL 50 MG EV 8/8 HS	24 08
6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG	-
7. LIGULISANINE 50000 UO 200ML (06) 12/12 HS	
8. CEFALOTRINA 1G 7/7 12/12 HS	
9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (S/N)	24
10. CEFAZOLINA 1G 7/7 12/12 HS	
11. CURATIVO	
12. SSV+CCGG	
13.	
14. furoscunda 214 ev em bolus.	25
15.	
16. Aleno 25mg 01 qn vo 1x20	25
17.	
18. dosatcuna 100mg 03 qn vo. 1x20	24
19.	
20.	

Fratura /luxão Galea por

Torção sem fratura

sem oligo anestesia

naus, vômitos, 220x140mm

mediante e aquecimento

placa condroplata

OD: VPM

sem febre

anestesia suspensa devido

peco hipertensivo

Edna Kuyoshi Gomes Inanaka

Médica Traumato-Ortopedica

CRM: 95. 9549

CD. Nova

ambulatório de

Cardiologia.

Felipe Kiyoshi Gomes Nishi
Médico Traumatologista
CRM-SP 9649

Dr. Nora
Cairns &
Carolyn.

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SPO ₂ :	%	R:	irpm	SPO ₂ :	%	R:	irpm	SPO ₂ :	%	R:	irpm	SPO ₂ :	%
PA:	x		mmHg	PA:	80	x	80	PA:	140	x	80	PA:	150	x	90
HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl	HGT:			mg/dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

fall 2005 Rydab



Paciente: Francisco do Santo

Diagnóstico:

Data: 14.03.20. A: 03

Setor/Enfermaria: 11

Leito: 05

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUARY CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERFERÊNCIA DAS 24 HORAS

1. Dieta PT Hor + 20	cliente	no rem
2.		
3. 500 P	cliente	cor 100
4.		
5. Di Provo 2g + 20 Gm 06/2014	18/18/2014	
6.		
7. 1000 500 (PT) 03/2014	18/18/2014	
8. 500 500 (PT) 03/2014	18/18/2014	
9.		
10. HEP 06/2014	18/18/2014	
11.		
12. Insulina Regular Longa 60 unidades	cliente	
13.		
14. Difenidol 25 x 100 03/2014	18/18/2014	
15.		
16. Losartano 50 x 100 03/2014	18/18/2014	
17.		
18. Colchicina 25 x 100 03/2014	18/18/2014	
19.		
20. Diltiazem 60 x 100 12/10/14	18/18/2014	
21.		
22. HCTZ 25 x 100 03/2014	18/18/2014	
23.		

SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: 35.9 °C	Tax: 35.6 °C	Tax: 35.4 °C	Tax: 36 °C
P: 90	P: 90	P: 90	P: 90
R: 120 x 30	R: 140 x 100	R: 160 x 160	R: 140 x 80
SpO ₂ : 90	SpO ₂ : 100	SpO ₂ : 100	SpO ₂ : 80
PA: 120 x 80	PA: 140 x 100	PA: 160 x 160	PA: 140 x 80
HGT: 250	HGT: 250	HGT: 319	HGT: 200
Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0	Diurese: 0

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:19
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311879700000042910634
 Número do documento: 21063014311879700000042910634



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPARTAMENTO
JARDIM CARNEIRO

Paciente: Françisco dos Santos Diagnóstico: _____
Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dieta livre	12/08 24 06	
2. SF 24% 1000ml EV	12/08 24 06	
3. Diminuir 2cc 6/6H EV	12/08 24 06	
4. Triptol 40mg EV 1 vez em dia	12/08 24 06	
5. Tramol 100mg 12/12H EV	12/08 24 06	
6. Desacodan 4mg 8/8H EV	12/08 24 06	
7. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
8. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
9. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
10. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
11. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
12. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
13. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
14. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
15. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
16. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
17. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
18. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
19. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
20. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
21. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
22. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	
23. Cefalosporina 1g 6/6H EV	12/08 24 06	

- Medicação analgésica no Bloco
Quirúrgico.

ASSISTENTE SOCIAL
LIVRE-PROFISSIONAL
COREN-PB 123775

HGT não realizado + Falta de no anexo
Adriana Vasquez
COREN-PB-114

Visita Médica: Data: ____/____/____ h

SINAIS VITAIS

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:		mg/dl	mg/dl	HGT:		mg/dl	mg/dl	HGT:		mg/dl	mg/dl	HGT:		mg/dl	mg/dl
Diurese:		ml	ml	Diurese:		ml	ml	Diurese:		ml	ml	Diurese:		ml	ml

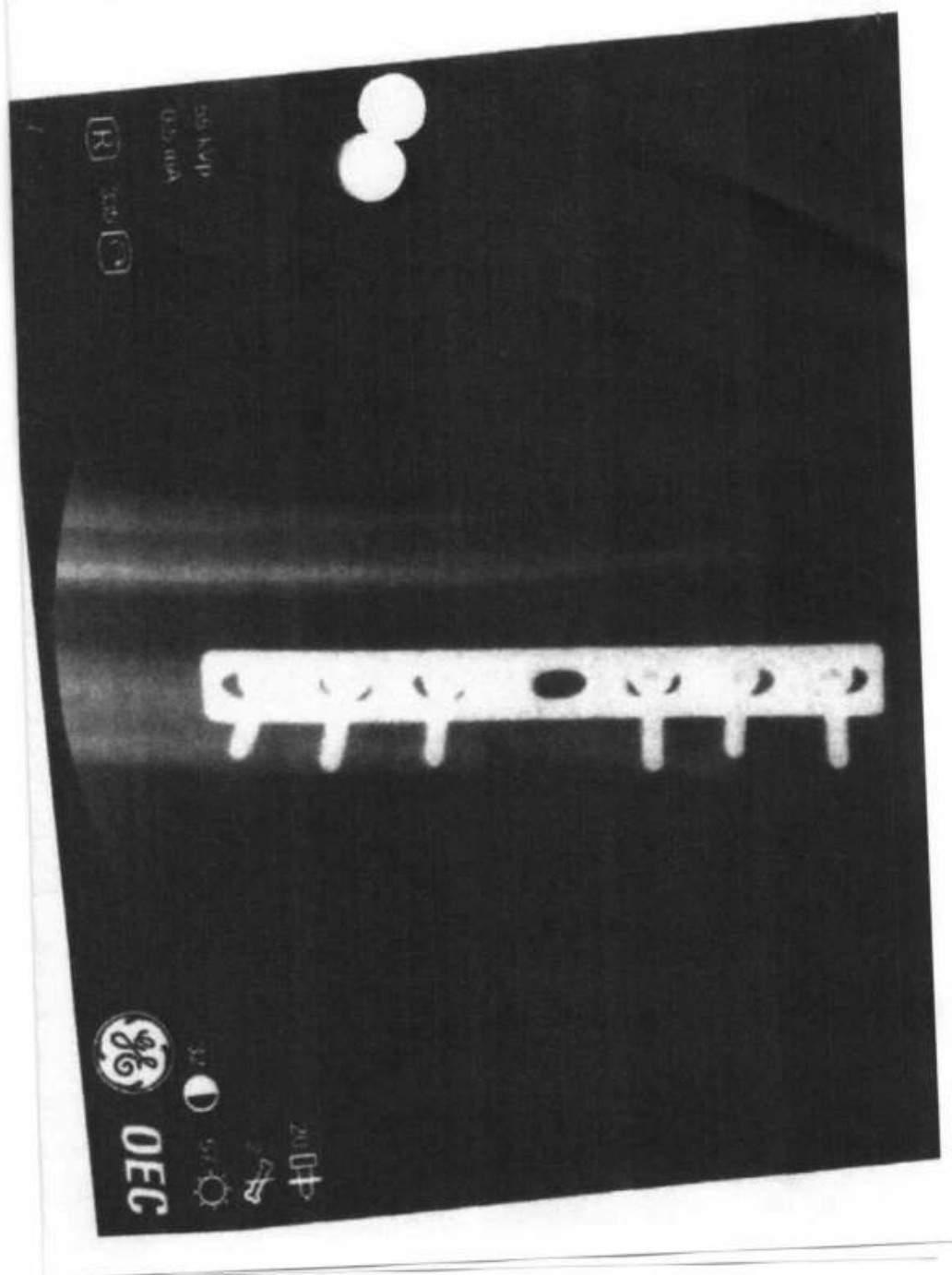
Adriana Vasquez
COREN-PB-114

Adriana Vasquez
COREN-PB-114

Proteste no Bloco Cirúrgico







BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05775-4

CONTA: 000000008587-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2109202005000000000023705775000000008587236250 PAGO



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE CONCEIÇÃO
Juízo do(a) Vara Única de Conceição

R Antonio Gonzaga, S/N, Centro Administrativo Integrado Francisco de Oliveira Braga, CENTRO, CONCEIÇÃO

- PB - CEP: 58970-000

Tel.: (83) 34532263; e-mail: cci.1vara@tjpb.jus.br

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

ALVARÁ JUDICIAL Nº 254/2021
PROCESSO Nº 0802183-51.2020.8.15.0151

O(A) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO, Juiz(a) de Direito do Vara Única de Conceição, no uso de suas atribuições legais, conforme despacho/sentença de Id _43184852, proferido nos autos do processo acima referenciado, AUTORIZA o BANCO DO BRASIL, pelo presente alvará, a PAGAR ao médico DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO, CPF n.º 058.969.204-66, a título de honorários periciais, a quantia de **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, com os acréscimos porventura existentes, que se encontra depositada nessa instituição financeira, na Conta Judicial nº 600119136632, conforme guia de id. 44943575 em anexo, mediante **crédito na conta bancária** a seguir identificada:

BANCO: BANCO DO BRASIL S.A.

AGÊNCIA: 7086-6

CONTA: 21.268-7

Deve a aludida instituição financeira proceder em conformidade com a legislação em vigor, dispensada a apresentação de via impressa deste alvará com assinatura física do Juiz, devendo ser verificada a autenticidade desta ordem judicial através do sítio "<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>", bastando, para tanto, ser fornecido o código numérico que se encontra no rodapé deste documento (código de barras). O QUE CUMPRASE na forma e sob as penas da lei. Dado e passado nesta cidade de CONCEIÇÃO-PB, e emitido em 29 de junho de 2021. O presente documento foi redigido pelo(a) servidor(a) DEIJAIR VIEIRA SILVA, Chefe de Cartório, e assinado eletronicamente pelo(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Juiz(a) de Direito abaixo discriminado(a).

FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO

Juiz(a) de Direito

- 1- Havendo coincidência do número do processo, do CPF e do nome da parte beneficiária, eventual divergência em relação ao órgão jurisdicional (juizado) no campo "Órgão/Vara", deverá ser considerada mera irregularidade que não impedirá a liberação do alvará;
- 2- O presente alvará somente será válido se enviado através do e-mail institucional oficial da unidade judiciária, conforme relação disponibilizada ao Banco do Brasil, em observância aos termos do Ato da Presidência nº 38/2019.

