



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
45150 345	30/06/2021 14:31	<u>Petição</u>	Petição
45150 347	30/06/2021 14:31	<u>2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
45150 348	30/06/2021 14:31	<u>2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45150 599	30/06/2021 14:31	<u>2783774_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
45103 051	30/06/2021 14:00	<u>Alvará de Levantamento</u>	Alvará de Levantamento

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311657600000042910631>
Número do documento: 21063014311657600000042910631

Num. 45150345 - Pág. 1



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 SESSENTA 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.joaoarbosaadvass.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

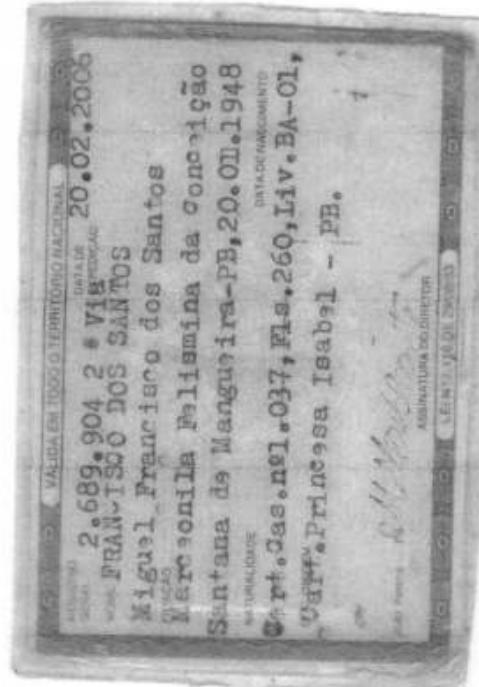
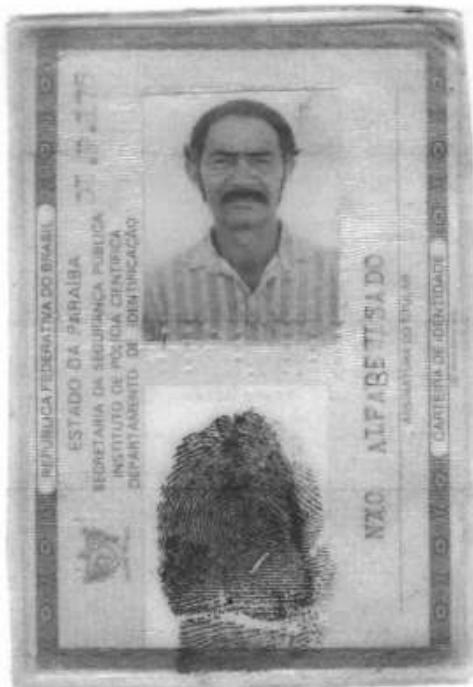
Num. 45150347 - Pág. 1

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

Num. 45150347 - Pág. 2



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

Num. 45150348 - Pág. 1



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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901563154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Neoxileiro 9 - Número: 10 - Complemento: S/N Casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Sambor de Campos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58985000
15 - E-mail: nejoo-areenoria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999471520 248

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) Caja Económica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

41

CONTA:

0008587 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ
PERMANENTE

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

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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 - 1º | Nome: Filipe Vieira da Costa
CPF: 142 881 29460
Fili Pe Vieira da Costa
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: Cauê Luciano da Silva
CPF: 076 702 959 97
Cauê Luciano da Silva
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1000/2019

40 - Local e Data, Itaboraí 25/08/2020
X Itaboraí 25/08/2020

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 Naxixéiro 9 - Número: 10 - Complemento: SIN casa
 11 - Bairro: area rural 12 - Cidade: Sambuca de Goiás 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58985000
 15 - E-mail: nerjoo.arenaria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999479520-246

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:
 RECUZO 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)
 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco
 AGÊNCIA: 5775-4 CONTA: 0008587-1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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) 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 (não nascido): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 *Francisco dos Santos*
 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 - 1º | Nome: *Filipe Vieira da Costa*
 CPF: *142 881 29460*
Filipe Vieira da Costa
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: *Concluiano da Silva*
 CPF: *076 702 951 97*
Concluiano da Silva
 Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2021/2019

40 - Local e Data, *Itaporanga 25/08/2020*

X *Itaporanga 25/08/2020*

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

Edilson Rodrigues da Costa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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



72081289526 28705 15050236234 30 060720

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



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

Num. 45150348 - Pág. 5

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



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

Num. 45150348 - Pág. 6

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco dos Santos
RG: 2 689 809 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 901 563 154 91
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: agricultor
Endereço: Sítio Matixeiro Nº SN
Bairro: area rural Cep: 58 985 000 Cidade/UF: Santana de Pará
Telefone: (83) 999477520 () ()

OUTORGADO:

Nome: Wilton Rodrigues dos Santos
RG: 5652 161 Orgão Emissor: SSP/PE CPF: 039 247 069 09
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: funcionário
Endereço: Rua Buriti Figueiro Nº 22
Bairro: Centro Cep: 58780 000 Cidade/UF: Itaporanga
Telefone: (83) 999477520 () ()

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 () DAMS () Morte

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

Nome: José Coutinho Lopes da Silva
RG: 38 350 448 X Orgão Emissor: SSP/SP CPF: 260 183 628 80
Endereço: Rua Silvânia de Camarão Nº 57
Bairro: Centro Cep: 58785 000 Cidade/UF: Santana de Pará
** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Itaporanga 30/07/2020

Local e Data


Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Fábio Peixoto da Costa
CPF: 142 881 294 60
Local e Data: Itaporanga 30/07/2020

Testemunha 2:

Coutinho Lopes da Silva
CPF: 046 262 554 92
Local e Data: Itaporanga 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: 00000008587-1

Nr. Autenticação

BRADESCO21092020050000000002370577500000008587236250 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

Num. 45150348 - Pág. 8



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



00020380



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

Num. 45150348 - Pág. 9

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





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.

00010754

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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.

00010017

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, retorno 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: 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 Neoxileiro 9 - Número: 10 - Complemento: 511
 11 - Bairro: area rural 12 - Cidade: Sambuca de Goiás 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58985000
 15 - E-mail: nerjoo.arenaria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999177520-2466

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:
 RECUZO 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)
 AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: Filipe Vieira da Costa
 CPF: 142.881.294-60
 Filipe Vieira da Costa
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: Concluiano da Silva
 CPF: 016.762.951-97
 Concluiano da Silva
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/07/2020

X 30/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edilson Rodrigues da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

INN 7/2119

TESTEMUNHAS





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 Itaporanga



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 ceminaadas 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 Mangurira-PB, para atendimento Hospitalar.

Itaporanga, PB Em, 19 de Maio de 2020

Notificante/Vítima: _____

Escrivão Plantonista: _____

Andrade
FCO. SANTOS
ESCRIVÃO PLANTONISTA
REPEDE DE CAPITULOS



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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901563154-91
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxixéiro 9 - Número: 510 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: area rural 12 - Cidade: Sambuca de Nossa Senhora 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58985000
 15 - E-mail: nerjoo.arenaria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999171520-246

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:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 *Francisco dos Santos*
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 260 183 628 80
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
Francisco dos Santos
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: *Filipe Vieira da Costa*
 CPF: 142 881 29460
Filipe Vieira da Costa
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: *Concluiano da Silva*
 CPF: 046 762 959 97
Concluiano da Silva
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Timoranga 30/07/2020*
 X *Timoranga 30/07/2020* 41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

INN2/2019

TESTEMUNHAS



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 Neoxileiro 9 - Número: 510 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: area rural 12 - Cidade: Sambuca de Goiás 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58985000
 15 - E-mail: nerjoo.arenaria@hotmail.com (83) 987616835 16 - Tel.(DDD): 999177520-246

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:
 RECUZO 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)
 AGÊNCIA: 0913 CONTA: 1442092405
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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.

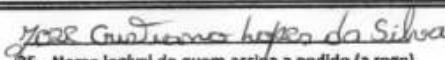
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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) 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 (vai 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 Lider 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)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
 38 - 1º | Nome: Filipe Vieira da Costa
 CPF: 142.881.294-60
 Filipe Vieira da Costa
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: Concluiano da Silva
 CPF: 016.762.951-97
 Concluiano da Silva
 Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, 

 X 

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2021/06/30





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUDÍO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
(TAPORANA) / PB / CEP: 58760000 (AG 154)

CPF/CNPJ/IRAN: 039.247.094-08
Grupo CONVENCIONAL BAHIA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIA
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 7 - 154- 25- 3110 NP Medidor 00000667427

energisa
UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/28252-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000282525

VALOR DA FATURA R\$ 24,72	VENCIMENTO 19/06/2020
REFERÊNCIA Jun / 2020	CONSUMO 27kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCN	Descrição	Quant.	Taxa/UF	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS Base Calc.	PIB/ICMS/ICMS(R\$)
0801	CUSTO DE DISPONIBILIDADE	23,41	23,41	25	5,05	23,41	0,21 0,98
0804	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA(0,020)	1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA(0,020)	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA(0,020)	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00

DESCRITIVO

CCN	Descrição	Quant.	Taxa/UF	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS Base Calc.	PIB/ICMS/ICMS(R\$)
0801	CUSTO DE DISPONIBILIDADE	23,41	23,41	25	5,05	23,41	0,21 0,98
0804	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA(0,020)	1,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA(0,020)	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA(0,020)	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00

TOTAL 24,72 23,41 5,05 23,41 0,21 0,98

CCN Código de Classificação do Item
Tarifa de Tributos 0,645400

RESERVADO AO FISCO b2d7.b36c.48d8.8050.0a88.c3e3.1496.4925

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMBOSICAO DO CONSUMO	
Junho 19	24	Descrição	Valor (R\$)
Junho 19	24	Consumo Total da Fatura PIB	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 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 Edison Rodrigues da Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 247 064 109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco da Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 901563 154 1 91, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco da Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 901563 154 1 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 Suiálio Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>corra</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Topaanga</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>reitor.moreira@hotmail.com</u>	83		Tel.(DDD):	<u>999471520 241</u>

Local e Data: Topaanga, 30, 07/2020

Edison Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante





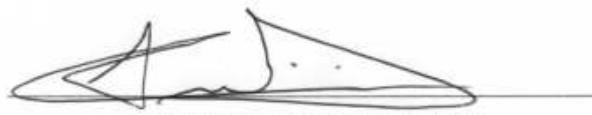
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DE MANGUEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaração

Declaro para os devidos fins, que a Secretaria 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





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS Rua Euzebio Figueiredo, 22 - CENTRO (TAPORANDA) / PB CEP: 58760000 (AG 154)		 UNIDADE CONSUMIDORA (UC) 5/28252-5																																																									
CPF/CNPJ/IRAN: 039.247.094-08 Grupo CONVENCIONAL BAHIA TENSÃO / Subgrupo: B1 Classe RES-MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIA Ligação MONOFÁSICO Roteiro 7 - 154- 25- 3110 NP Medidor 00000667427																																																											
CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000282525																																																											
VALOR DA FATURA R\$ 24,72	VENCIMENTO 19/06/2020	REFERÊNCIA Jun / 2020	CONSUMO 27kWh <small>0,83 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA</small>																																																								
SITUAÇÃO DE DÉBITOS																																																											
DESCRITIVO																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CCI</th> <th>Descrição</th> <th>Quant.</th> <th>Taxa/uf</th> <th>Valor Base Calc.</th> <th>Aliq.</th> <th>ICMS Base Calc.</th> <th>PIB/ICMS/ICMS(R\$)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Total</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0811</td> <td>CUSTO DE DISPONIBILIDADE</td> <td></td> <td>23,41</td> <td>23,41</td> <td>25</td> <td>5,85</td> <td>23,41 0,21 0,88</td> </tr> <tr> <td>0814</td> <td>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0814</td> <td>JUROS DE MORA(0,020)</td> <td></td> <td>0,24</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00 0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td>0805</td> <td>MULTA(0,020)</td> <td></td> <td>1,03</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00 0,00 0,00</td> </tr> <tr> <td>0805</td> <td>ATUALIZAÇÃO MONETARIA(0,020)</td> <td></td> <td>0,04</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00 0,00 0,00</td> </tr> </tbody> </table>				CCI	Descrição	Quant.	Taxa/uf	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS Base Calc.	PIB/ICMS/ICMS(R\$)				Total	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	0811	CUSTO DE DISPONIBILIDADE		23,41	23,41	25	5,85	23,41 0,21 0,88	0814	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							0814	JUROS DE MORA(0,020)		0,24	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00	0805	MULTA(0,020)		1,03	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00	0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA(0,020)		0,04	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
CCI	Descrição	Quant.	Taxa/uf	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS Base Calc.	PIB/ICMS/ICMS(R\$)																																																				
			Total	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)																																																				
0811	CUSTO DE DISPONIBILIDADE		23,41	23,41	25	5,85	23,41 0,21 0,88																																																				
0814	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																																																										
0814	JUROS DE MORA(0,020)		0,24	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00																																																				
0805	MULTA(0,020)		1,03	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00																																																				
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA(0,020)		0,04	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00																																																				
CCI Código de Classificação do Item Tarifa de Tributos 0,645400																																																											
TOTAL 24,72 23,41 5,85 23,41 0,21 0,88																																																											
RESERVADO AO FISCO b2d7.b36c.4b6b.8050.0a88.c3e3.1496.4925																																																											
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMBOSICAO DO CONSUMO																																																									
Junho 19 Junho 24 LIGADURA		Descrição Valor (R\$) % Consumo Total da Fatura 0,42 25,88																																																									



FICHA DE INTERNAÇÃO

5105

INTERNAÇÃO	99873	PRONTUÁRIO	49120
DATA	10/03/2020	HORA	10:19
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	NUBIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PROPRIA 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		
ATURALIDADE	SANTANA DE MANGUEIRA		
TELEFONE	8387425370	CELULAR	
C.N.S.	704308583693891	IDENTIDADE	2689984
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 *XPuoni salda lma*

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

*Última de queda de moto
em Trauz em autostrada (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 Calvagzi* CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data 19/03/2020

Hora 28 H 02 Min

MOTIVO

- Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Lenirino Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB • 12617-13-311



INACIO CAMILO
SIT CACHOEIRA SIN - AREA RURAL
ITAPORANGA/PB (CEP 58780000) (AG 154)
CPF/CNPJ/RJF 130 148 888-30

Grupo COM/ETACIONAL BAINA TENSÃO/Subgrupo B1
Classe RES/MT/ B1 (Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFASICO
Rômetro 15-154-171-3630, Nº Medidor 000000000479

energisa

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1883268-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018832683

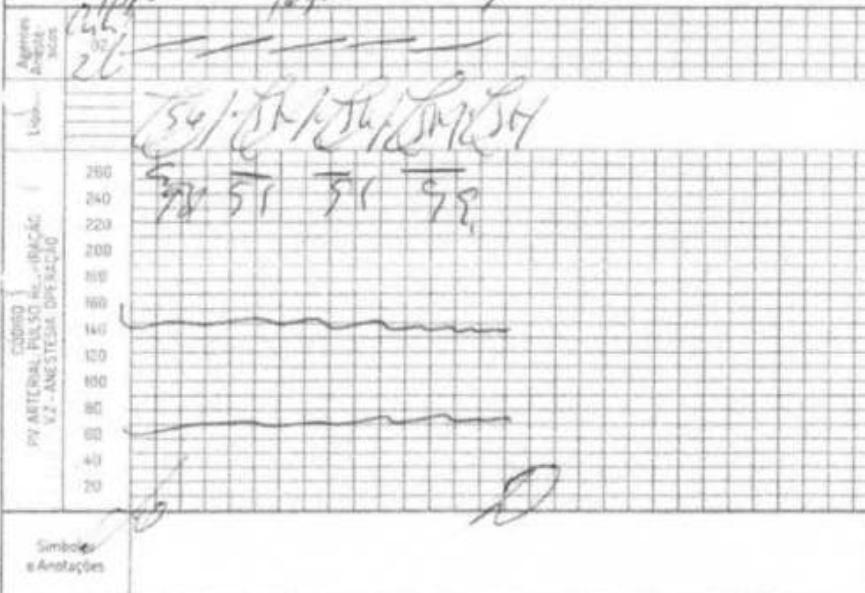
VALOR DA FATURA R\$ 68,53	VENCIMENTO 02/06/2020																																																																																															
REFERÊNCIA Mai / 2020	CONSUMO 71kWh 2,22 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA																																																																																															
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																																																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CCF</th> <th>Descrição</th> <th>Quant</th> <th>Tarifa/ Tributos</th> <th>Valor Base Calc: Total</th> <th>Alq</th> <th>ICMS</th> <th>Base Calc:</th> <th>FGS/RJ/Cobro(RJ)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> <th>(R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0801</td> <td>Consumo mens.</td> <td>71</td> <td>0,91550</td> <td>50,18</td> <td>95,79</td> <td>25</td> <td>14,04</td> <td>50,18</td> <td>1,60</td> <td>2,80</td> </tr> <tr> <td>0807</td> <td>LIGAMENTOS E CERMI/CG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0804</td> <td>CONTRIBUIÇÃO MUNICIPAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0805</td> <td>JUROS DE MORA (LJ/119)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0806</td> <td>MULTA (20019)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0805</td> <td>ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (20019)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,91</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>		CCF	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc: Total	Alq	ICMS	Base Calc:	FGS/RJ/Cobro(RJ)				(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	0801	Consumo mens.	71	0,91550	50,18	95,79	25	14,04	50,18	1,60	2,80	0807	LIGAMENTOS E CERMI/CG										0804	CONTRIBUIÇÃO MUNICIPAL										0805	JUROS DE MORA (LJ/119)										0806	MULTA (20019)										0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (20019)														0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc: Total	Alq	ICMS	Base Calc:	FGS/RJ/Cobro(RJ)																																																																																								
			(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)																																																																																								
0801	Consumo mens.	71	0,91550	50,18	95,79	25	14,04	50,18	1,60	2,80																																																																																						
0807	LIGAMENTOS E CERMI/CG																																																																																															
0804	CONTRIBUIÇÃO MUNICIPAL																																																																																															
0805	JUROS DE MORA (LJ/119)																																																																																															
0806	MULTA (20019)																																																																																															
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (20019)																																																																																															
				0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00																																																																																						

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 18/03/20

Nome: Francisco dos Santos	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Idade: 72
Peso: _____	kg Altura: _____
Cor: B	
Data Nascimento: _____ / _____ / _____	
Pressão Arterial Pulso: _____	
Temperatura: _____	Respiração: _____
Tipo Sanguíneo: _____	
Hematócrito: _____	Hemoglobina: _____
Glicemia: _____	Uréia: _____
Outros: _____	
Urina: _____	
Aparelho Respiratório: _____	
Ama: _____ Bronquite: _____	
Aparelho Circulatório: _____	
Eletrocardiograma: _____	
Aparelho Digestivo: _____	
Dentes: _____	Pecoço: _____
Ap. Urinário: _____	
Estado Mental: _____	
Ataráxicos: _____	Corticoides: _____
Alergia: _____	
Hipotensores: _____	
Diagnóstico Pré Operatório: F1.054 - c.1.651.654	
Estado Físico: _____	
Risco: _____	
Anestesia Anteriores: _____	
Medicação Pré-Anestésica: _____	Aplicada às: _____
Efeito: _____	
<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf _____ Excit _____ Tosse _____</p> <p>Laringo Espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros: _____</p>	
<p>MANUTENÇÃO</p> <p>Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____</p> <p>Não, porque: _____</p>	
<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>para o leito sim _____ não _____</p>	
Posição: _____	
Agentes: _____	Cânula: _____
Técnica: _____	Operação: _____
Cirurgiões: _____	Anestesistas: _____
Observações: _____	







COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
DE MANOEL CARNEIRO



GOVERNO
DA PARAÍBA

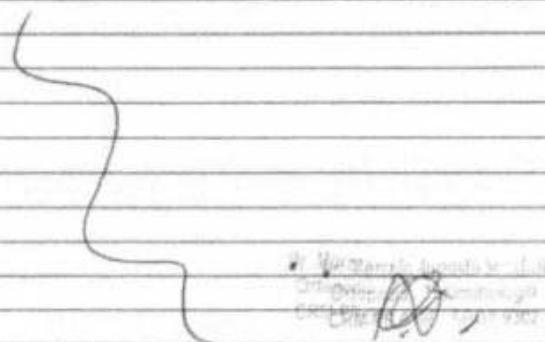
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente:		Francisco dos Santos		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia:		18/03/2020	Enf.:	Leito:
Cirurgião:		Marcelo Scarpin	1º Auxiliar:	Kaytie Barbosa
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador: George		
Anestesista:		Augusto Mocino		
Diagnóstico Pré- Operatório:		Fratura de medo clavícula		
Tipo de Cirurgia:		Fratura de medo clavícula		
Diagnóstico Pós- Operatório:		Fratura de medo clavícula		
Relatório Imediato do Patologista:				
Exame Radiológico no ato:		Sim		
Acidente Durante a Cirurgia:				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- (1) Paciente em decúbito dorsal
(2) Anestesia + anti-repia + eletrodo
(3) paciente dorsal em estabilizado (Via de thorax)
(4) Redutor + fixador osteo + placa e soropins
(5) procedimento fez placa + nártex
(6) curativo



RELATÓRIO DE CIRURGIA



JULIANA VIEIRA DA COSTA
 SIT PINTO, 51 N. AFÉIA RURAL
 BOA VENTURA/PB CEP: 58840000 (AG: 154)
 CPF/CNPJ/RNA: 041 979 394 46

energisa
 Grupo CONVENCIONAL DAIA/ATENÇÃO / Subgrupo B1
 Classe RES MTC (II) / Subclasse BARA/RENDA-BPL
 Ligarão MONOFÁSICO
 Rua: 11- 167 - 554 - 3981 - Nº Medidor: 00000548543

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/710467-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000007104672

	VALOR DA FATURA R\$ 0,00		VENCIMENTO 25/06/2020						
	REFERÊNCIA Jun / 2020		CONSUMO 1,61 kWh MÉDIA DIÁRIA 45kWh						
SITUAÇÃO DE DÉBITOS <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">FATURAS EM ATRASO</th> </tr> <tr> <th>Mai/20</th> <th>R\$31,32</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jun/19</td> <td>R\$508,42</td> </tr> </tbody> </table>				FATURAS EM ATRASO		Mai/20	R\$31,32	Jun/19	R\$508,42
FATURAS EM ATRASO									
Mai/20	R\$31,32								
Jun/19	R\$508,42								

CC	Descrição	Quant	Tarifa C/ Tributos	Valor Base Cac.	Alq	KMS Base Calc.	PSR (Cac/Alq)	PSR (Cac/Alq) 01/47%	42/53%
				Total	KMS	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0601	Consumo ate 5000kWh-BR	30	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	Consumo 21 a 10000kWh-BR	15	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	Subsídio			24,62	0,00	0,00	24,62	0,22	1,03
0800	LANCAMENTO DE SERVIÇOS								
0800	CREDITO A COMPENSAÇÃO - JUIZEDO								
0900	Desvalores Salvocond			1,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0900	Desvalores Salvocond			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



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

Num. 45150348 - Pág. 28

PACIENTE: Francisco dos Santos				
QT.:	LEITO:	CONVÉNIO: SUS	IDADE: 72	REGISTRO: 49320
CIRURGIA: Proc. Cirúrgico em nódulo E.		CIRURGÃO: Dr. Francisco Henrique		
ANESTESIA: Anestesia		ANESTESISTA: Dr. Augusto Mancini		
INSTRUMENTADORA: George	DATA: 18.03.2020	INÍCIO: 15:50	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 Cárdio-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.
	Neocaín		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval FENTANIL 1		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex VILPENOL 1
	Sufenta		Vaseline Estéril NILON 02 1
	Diazepam		Aguilha 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
	Espanin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 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		ALUMINA PLASTICOPOLY 1

0 FIM QUINTA 03/06/2021





Fernando Santos

Diagnóstico: 303/20.
Data: 12/03/20.

Diagnóstico: 303.20.
Data: 3/03/20.

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUZY CARNEIRO
GOVERNO
DA PARÁBA
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
DIGEST AND PAM DOCUMENTS	DIGEST AND PAM DOCUMENTS	DIGEST AND PAM DOCUMENTS	DIGEST AND PAM DOCUMENTS								
2. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	3. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	4. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	5. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	6. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	7. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	8. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	9. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	10. DIGEST AND PAM DOCUMENTS			
1. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	2. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	3. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	4. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	5. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	6. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	7. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	8. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	9. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	10. DIGEST AND PAM DOCUMENTS		
1. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	2. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	3. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	4. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	5. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	6. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	7. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	8. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	9. DIGEST AND PAM DOCUMENTS	10. DIGEST AND PAM DOCUMENTS		

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

SINAIS VITais

06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax: <u>36</u> °C	P: bpm						
R: bpm	SpO ₂ :						
PA: <u>140</u>	<u>80</u>	PA: <u>130</u>	<u>80</u>	PA: <u>110</u>	<u>80</u>	PA: <u>110</u>	<u>80</u>
HGT: <u>153</u>	mg/Di	HGT: <u>243</u>	mg/Di	HGT: <u>287</u>	mg/Di	HGT: <u>248</u>	mg/Di
Diurese: ml	ml						

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351806TE

Marketing Communication

卷之三



RESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Saúde do Estado
Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro
Patos - Paraíba

Diagnóstico: _____

Leito: _____ Data da Adm: _____

DATA: 14/3/2023 - : h

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

1. DIETA LIVRE 7/12h x 24h
2. SF 0,9% 1000ML EV
3. ~~Levar 200g de líquido~~
4. CEFALOTINA 1G 06/06 HS EV
5. ~~Carbopatina 500mg a 1h x 1600ml/24h~~
6. DIPRONA 1G 6/6 HS EV
7. ~~Kit 6/6h / Prokale molho x 12h~~
8. OMEPRAZOL 40MG 01 x AO DIA EV
9. ~~10. 11. SSVV+CCGG~~
12. ~~13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.~~
11. ~~12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.~~

SINAIS VITAIS

Tax:	°C	P:	bpm	06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
				R:	SpO ₂ :	%	Tax: 36,6 °C	P:	bpm	R:	SpO ₂ :	%	Tax: 36,5 °C	P:	bpm	R:	SpO ₂ :	%	
PA:	x	irpm	SpO ₂ :	mmHg	PA:	110	x	70	mmHg	PA:	102	x	80	mmHg	PA:	140	x	80	mmHg
HGT:				mg/Dl	HGT:	226			mg/Dl	HGT:	315			mg/Dl	HGT:	246			mg/Dl
Diurese:		ml			Diurese:	500	ml			Diurese:	500	ml			Diurese:	500	ml		





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente sem queixas até o momento. Segui as cuidados da equipe.</p> <p>David Oliveira ORDEM - PR 311116 - EAP</p>	<p>12h00 h fui de operário no momento nem queixas das cuidados da equipe!</p>
Assinatura e carimbo de Enfermeiro	<p>Paulo André de Andrade evar Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<p>18/03/2020 paciente evolui bem CGR consciente, orientado, sono e repouso preservado, dieta soft, abdômen desvitalizado e segue as cuidados da equipe de enfermagem, quando se procedeu a enemas e deposição de dados de enfermagem.</p>	<p>Paciente consciente, orientado, sono e repouso preservado, abdômen desvitalizado em post operatório, a partir das 20h medicado conforme prescrição médica, nem queixas de dor, segue as cuidados da equipe. Realizado enema de acesso venoso periferico.</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p> <p>Pilhoto</p>	<p>Adriana Valé de Queiroz COREN-PR 03006-PE</p>
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e Carimbo do Técnico



ESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO
ESTADO DA PARAÍBASECRETARIA DE
SAÚDE

SUS

Paciente: Fraueno Scuto Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: M Leito: 05 Data da Adm: 1/1
 DATA: 16/03/2020 : h

DA PARAÍBA
 Secretaria de Saúde do Estado
 Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro
 Patos - Paraíba

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

1. DIETA ORAL
 2. SF 0.9% 1000ML EV
 3. DIPIRONA 2ML 6/6 HS EV
 4. TILATIL 20MG 12/12 HS EV
 5. TRAMAL 50 MG EV 8/8 HS
 6. CAPTOPRIL 25MG VO SOS PA> 170/100MMHG
 7. UOLIENAMINE 5000 UTO 2ML 6/6 12/12 HS
 8. CEFALOTIN 1G 12/12 HS
 9. NAUSEDRON 8/8 HS EV (SIN)
 10. ~~—~~ 8/8 HS
 11. CURATIVO
 12. SSW+CCGG
 13. ~~—~~
 14. Fwrozinha 2/4 EV em h/les.
 15. ~~—~~
 16. Cheno ~~pf~~ 25/4 01 Cr no Fijo
 17. ~~—~~
 18. ~~Josatana 100ug OJ CP WO~~ . Fijo
 19. ~~—~~
 20. ~~—~~
- SINAIS VITais**
- | | 06:00 h | 12:00 h | 18:00 h | 24:00 h |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|
| Tax: °C | | | | |
| R: irpm | | | | |
| PA: mmHg | | | | |
| HGT: mg/Dl | | | | |
| Diurese: ml | | | | |
| Tax: °C | | | | |
| P: bpm | | | | |
| R: irpm | | | | |
| SpO ₂ : % | | | | |
| PA: mmHg | | | | |
| HGT: mg/Dl | | | | |
| Diurese: ml | | | | |
| Tax: °C | | | | |
| P: bpm | | | | |
| R: irpm | | | | |
| SpO ₂ : % | | | | |
| PA: mmHg | | | | |
| HGT: mg/Dl | | | | |
| Diurese: ml | | | | |
- Fraueno / Juxçus Galoai M
 Tasse de Sera James
 seu diaigo amarelo
 suas pressas 220x140mm
 medicação e anelado
 D: VPM
 Rx Dantrolene
 Querida Sua pena seu
 poco hiperativo
 D: Nova
 dantrolene Rx
 D: Dantrolene Rx*
- Edson Gomes Neri
 Edson Trajano de Oliveira
 21/03/2021 09:49*
- fraueno Scuto
 fute Dout Rinaldo*



Francisco Sante Diagnóstico

Paciente: Francisco Sozinho Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: 1 Leito: 05 Data: 17/05

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Digest P 100 + 80

2.

4. *Diagnosis + treatment*

7. Teacher So
8. So (S. S. Y. Loo - e)

10. He 2 0606 A

12. Trust in No Religious Community

13.

14. ~~She never goes to the beach.~~ ~~She never goes to the beach.~~

15. ~~She never goes to the beach.~~ ~~She never goes to the beach.~~

10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

18. 0.20411. 33 \rightarrow (33) \rightarrow 0.20411. 33 \rightarrow 33

20. Dolor durante los movimientos 121/104
21. 22. HCTZ 25 mg una mañana
22. HCTZ 25 mg una mañana
23. Dolor de articulaciones y tendones

23. GRUPOS 1, 2, 3, 4, 5 SINAIS VITais

80

Price: \$1000.00 Tax: \$100.00 Total: \$1100.00

| R: | lpm | SpO ₂ : | % | R: | lpm | SpO ₂ : | % | R: | lpm | SpO ₂ : | % | | | |
|----------|-----|--------------------|-----|----------|------|--------------------|---|----------|-------|--------------------|-----|-------|----|------|
| PA: | 140 | × | 90 | mmHg | PA: | 140 | × | 160 | mmHg | PA: | 140 | × | 80 | mmHg |
| HGT: | 250 | × | 100 | mg/Dl | HGT: | 250 | × | 160 | mg/Dl | HGT: | 200 | mg/Dl | | |
| Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | | | |





Paciente: Francisco das Santas Diagnóstico: _____
 Setor/Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE
DA PARAÍBA

COMPLEXO HOSPITALAR
ALGONIOL DEPUTADO
JANUARY CARMÉRIO

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. |
|---------------|--------------------------|--------------|-----------|------------|--------------------|--------------|--------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Diclofenac | 2. Cloridrato de Fármaco | 3. Diurético | 4. Tiazol | 5. Fazendo | 6. Desacidificante | 7. Cefotetan | 8. Cefotetan | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. |
| 1. Diclofenac | 2. Cloridrato de Fármaco | 3. Diurético | 4. Tiazol | 5. Fazendo | 6. Desacidificante | 7. Cefotetan | 8. Cefotetan | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. |
| 1. Diclofenac | 2. Cloridrato de Fármaco | 3. Diurético | 4. Tiazol | 5. Fazendo | 6. Desacidificante | 7. Cefotetan | 8. Cefotetan | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. |
| 1. Diclofenac | 2. Cloridrato de Fármaco | 3. Diurético | 4. Tiazol | 5. Fazendo | 6. Desacidificante | 7. Cefotetan | 8. Cefotetan | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. |

| SINAIS VITais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|--------------------|------|----------|------|--------------------|------|----------|------|--------------------|------|----------|------|--------------------|------|----------|------|--------------------|------|----------|------|--------------------|------|--|
| 06:00 h | | | | | | 12:00 h | | | | | | 18:00 h | | | | | | 24:00 h | | | | | | |
| Tax: | %C: | P: | lpm: | Tax: | %C: | P: | lpm: | Tax: | %C: | P: | lpm: | Tax: | %C: | P: | lpm: | Tax: | %C: | P: | lpm: | Tax: | %C: | P: | lpm: | |
| R: | lpm: | SpO ₂ : | % | R: | lpm: | SpO ₂ : | % | R: | lpm: | SpO ₂ : | % | R: | lpm: | SpO ₂ : | % | R: | lpm: | SpO ₂ : | % | R: | lpm: | SpO ₂ : | % | |
| PA: | x | | | PA: | | | | |
| HGT: | | | | HGT: | | | | HGT: | | | | HGT: | | | | HGT: | | | | HGT: | | | | |
| Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | Diurese: | ml | | | |

Adriana 
COREN-PB 122775

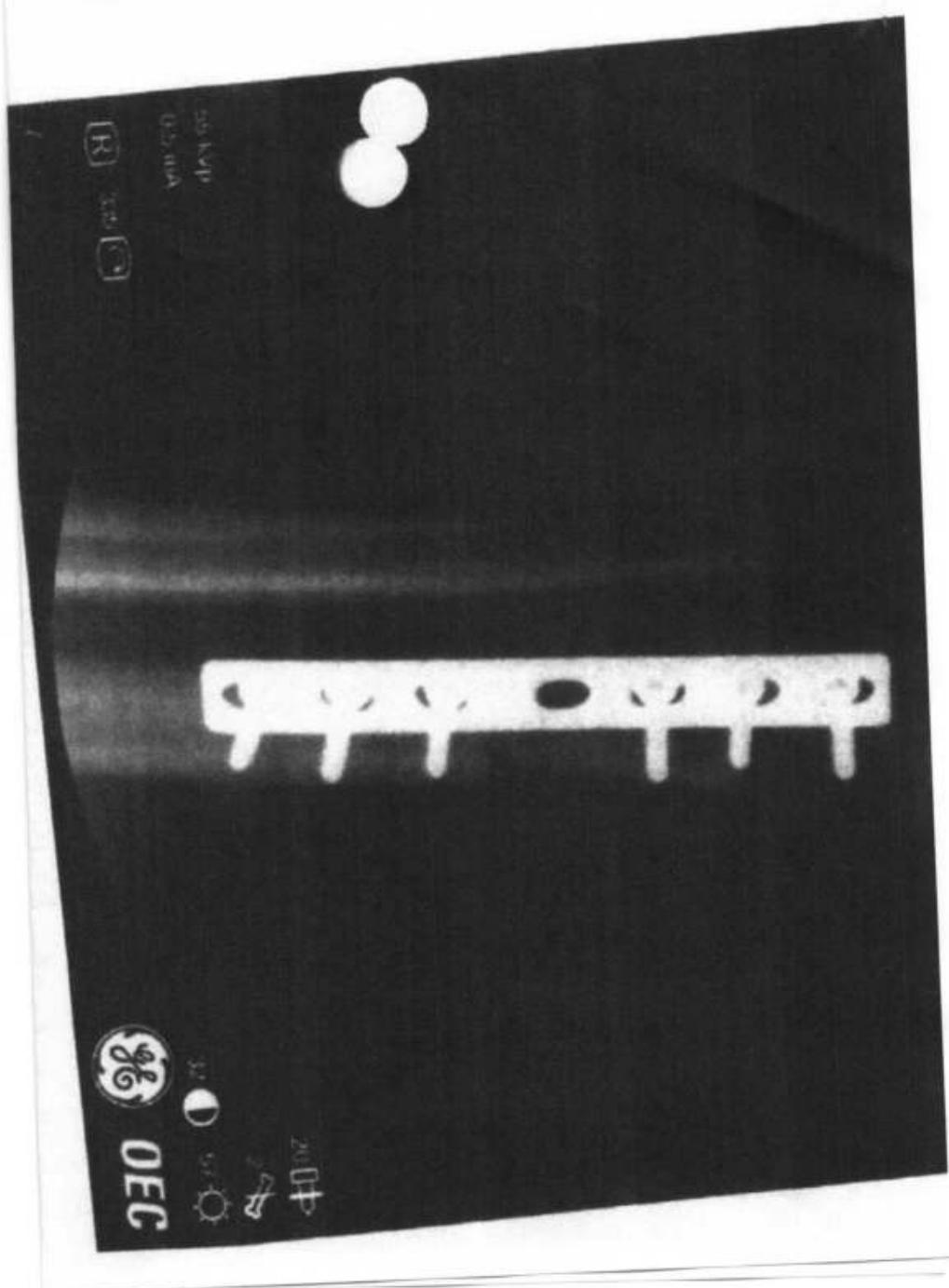
Adriana 
COREN-PB 122775

Adriana 
COREN-PB 122775



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

Num. 45150348 - Pág. 38



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: 00000008587-1

Nr. Autenticação

BRADESCO21092020050000000002370577500000008587236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 14:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014311997300000042910635>
Número do documento: 21063014311997300000042910635

Num. 45150599 - Pág. 1

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@tjpj.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.tjpj.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 CUMPRA-SE 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.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 30/06/2021 14:00:52
[http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014005230300000042866264](https://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063014005230300000042866264)
Número do documento: 21063014005230300000042866264

Num. 45103051 - Pág. 1