



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**

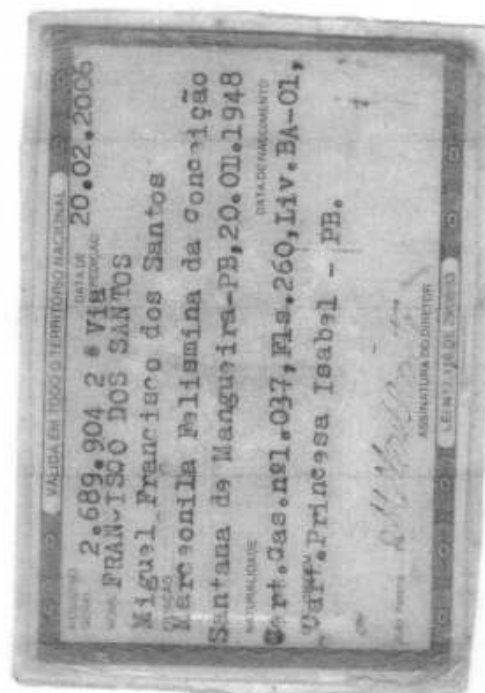
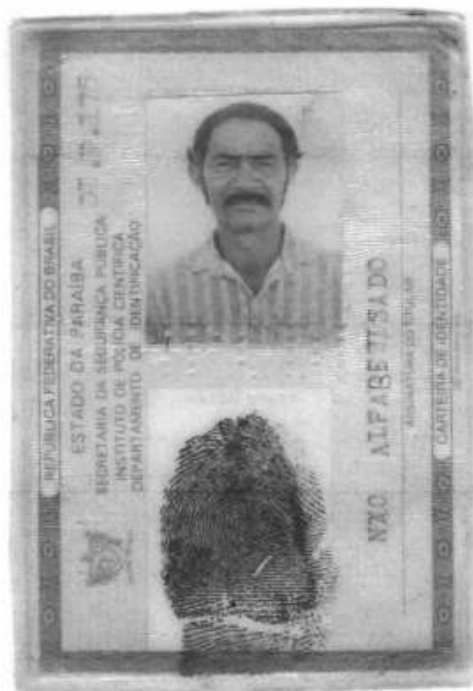
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39357495	11/02/2021 11:06	2783774_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDAOIS	
DETALHE - PB		Nº 011348733076	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		2014	
I 0027987294-1		00/00000000	
LUCIVANIO FERREIRA DE CARVALHO			
08840066498		NOR7236/PB	
NOVO		PB 9C2KCI550AR112031	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL	
HONDA/CO 130		GRASOLINA	
2 B/149 /CI		FARTIC	
VERMELHA		VERMELHA	
IPVA PAGO EM		07/02/2014	
P		2	
V		2	
A		3	
0		3	
SEGURO		P A G O	
07/02/201		07/02/201	
A.F. ADM DE CONC RACION HONDA LTDA			
D			
IBIRUA		11/02/201	
21		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: 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: Francisco dos Santos 6 - CPF: 901563154-91
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Naxixeiro 9 - Número: 515 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: área rural 12 - Cidade: Santana de Maracá 13 - Estado: PB 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: Concluído da Silva

CPF: 04676255997

Concluído da Silva

Assinatura da testemunha

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

X Itapetininga 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: Conta:

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)

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1007/7010

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

PERMISSÃO
AD

DATA EMISSÃO
07/10/2021

VALIDADE
15/02/2000

CLASSIFICAÇÃO
BAB ESCOLAR;
EXERCE ATIV. REGENERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/10/2016

46026635850
PB033268630

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404011510

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.



CTC RECIFE PE PL8
JOSE CRISTIANO LOPES DA SILVA
SILVINO MANGUEIRA 57
CENTRO
58985-000 SANTANA DE MANGUEIRA PB

AD: 41006237



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: Autor de Tráfego
Endereço: Rua Burdett Figueiredo Nº 22
Bairro: centro Cep: 58 980 000 Cidade/UF: Triparaíba
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 () DAMS () 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.

Triparaíba 30/07/2020
Local e Data

Assinante à Rogo



Testemunha 1:

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

Testemunha 2:

Carlinhos da Silva
CPF: 046 262 554 92
Local e Data: Triparaíba 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





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 área rural Santana de Mangueira PB 58985000 reioo.andressaria@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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0913 X CONTA: 1442092405 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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: 04676255197

Carlos Eduardo da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/07/2020

X 31 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

00000000





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
- ESC. POLICIAL DE 1983
- 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

16 - Tel.(DDD): 999771520 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

Felipe 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

Área rural

Santana de Mangueira

PA

58985000

15 - E-mail: seuemail@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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

Felipe Vieira da Costa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Carlos Eduardo da Silva

CPF: 04676255197

Carlos Eduardo da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 30/07/2020

X Itapiranga 30/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

100077010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PLANOJA
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 ELINDIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
 ITAPORANGA/PE CEP 5670000 (AG 154)
 CPF/CNPJ/RN: 039.247.064-09

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

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
27 kWh

0,93 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LETURA
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alug (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	PIS+COFINS (R\$)
0601	Custo de Disponibilidade			23,41	23,41	25	5,85	23,41	0,21	0,98	
0604	JUROS DE MORAGENS			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0605	MULTA TÁXIS			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA			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	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 invalidez 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:06:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111055984700000037512567>
Número do documento: 21021111055984700000037512567



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
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

CPF
039.247.064-09 DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PLUGÃO
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

VALOR EM TODO
O TERCEIRO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
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 BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES-MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 7-154-25-3110 N° 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

0,93 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alug (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	PIS+COFINS (R\$)
0601	Custo de Disponibilidade			23,41	23,41	25	5,85	23,41	0,21	0,98	
0604	LANÇAMENTO E SERVIÇOS			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0606	JUROS DE MOROSIDADE			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA			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	6,42	25,98



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

NOME
CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTO / CATEGORIA DE VEÍCULO
2991913 000 PR

CPF
046.762.554-97 DATA NASCIMENTO
14/11/1981

FUNÇÃO
INACIO CAMILO
JOSEFA MOTA DA SILVA

PERMISSÃO
A/B

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

VALIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
1169602510

PROBANDO 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 FRANCOISCO 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

Ricardo Cezar Ferreira LI

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

*Utiuz de quida 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 1014 - FOLIO 12401*



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
 Roteiro 15 - 154 - 171 - 3630 - NP Medidor 00003860479

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

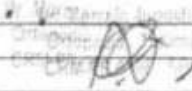
Código	Descrição	Quant	Tabela / Tributos	DESCRIÇÃO					
				Valor Base Calc. Total (R\$)	Alug. (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	ICMS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0901	Consumo em kWh	71	0,791550	56,11	56,11	25	14,04	56,18	0,00
0907	LAVAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	CONTRIBUIÇÃO 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 DEPARTAMENTO CIRÚRGICO		 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:							

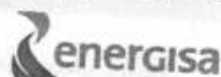
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



JULIANA VIEIRA DA COSTA
SIT PINTO S/N - AREA RURAL
BOM VENTURA/PE CEP 55400000 (AG 154)
CPF: 041.979.384-48



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 DIÁRIA**

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

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

CC	Descrição	Quant	DESCRITIVO		Valor Base Calc. Total (R\$)	Alq. KMS (R\$)	Alq. KMS (R\$)	KMS Base Calc. (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IRPJ (R\$)	IRMEF (R\$)	IPI (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)
			Tarifa	Tributos											
0002	Consumo de 5000 kWh BR	50	0,000000		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo 21 a 5000 kWh 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
0010	Substituição				24,62	0,00	0	0,00	24,62	0,22	1,03				25,87
0004	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS														
0900	CRÉDITO À COMPANHIA - JUROS				1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25
0900	Dedução Substituição				-25,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-25,36



PACIENTE: <u>Francisco dos Santos</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEF. SANITÁRIA - CARREIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>72</u>	REGISTRO: <u>49320</u>	
CIRURGIA: <u>Proc. Cirúrgico em náusea E.</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Araújo</u>		
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Mendes</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</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</u>
	Sufenta		Vaselina Estéril <u>NYLO 02</u>
	Diazepam		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</u>

07/12/2019 09:40:00





SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO
DA PARAIBA

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

Paciente: Felipe de Sousa Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: 11 Leito: 0320 Data: 13/03/20

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	2. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	3. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	4. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	5. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	6. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	7. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	8. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	9. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	10. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	11. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	12. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	13. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	14. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	15. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	16. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	17. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	18. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	19. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	20. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	21. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	22. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	23. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12
2. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	3. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	4. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	5. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	6. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	7. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	8. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	9. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	10. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	11. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	12. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	13. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	14. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	15. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	16. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	17. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	18. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	19. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	20. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	21. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	22. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	23. DIGNO CM, 1000 ml, 6/12	

SINAIS VITAIS

06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax: 36.1 °C	Tax: 36.2 °C	Tax: 36.2 °C	Tax: 36.2 °C
R: 155	R: 130	R: 110	R: 110
PA: 140/80	PA: 130/80	PA: 110/80	PA: 110/80
HGT: 155	HGT: 243	HGT: 287	HGT: 248
Diurese:	Diurese:	Diurese:	Diurese:

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Maricélia Guimarães Lima
COREN-PB 351898TE

Diagnóstico: paciente feminino Sanbr

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

DATA: 14, 3, 1, 2, - : h

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H

INTERCORRÊNCIAS DAS 24H	
1. DIETA LIVRE P/DU e H2O	
2. SF 0.9% 1000ML EV	
3. Losartana 50 mg 1 Dia após	
4. CEFALOTINA 1G 08/06 HS EV	
5. Caprol 500 mg a 12h 160x100	
6. DIPIRONA 1G 6/6 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:	246		mg/dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

[Signature]

COMPTON

CONTINUED ON PAGE 37E



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM	
INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
Paciente sem queixas até o momento. Segue as cuidados da equipe. <i>David Diniz de Oliveira</i> COREN - PA 351 010 - EMP	À 21h00 é avaliada por operatório no momento sem queixas nas condições da equipe.
Assinatura e carimbo do Enfermeiro	Assinatura e carimbo do Enfermeiro
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
18/03/20, paciente avaliado em CCR. Consciente, orientado, sem náuseas e vômitos, apresentando dieta sólida, deambula e segue os cuidados da equipe de enfermagem, aguardando procedimentos cirúrgicos e segue os cuidados da equipe de enfermagem.	Paciente consciente, orientado, sem náuseas e vômitos, apresentando dieta sólida, deambula e segue os cuidados da equipe de enfermagem, aguardando procedimentos cirúrgicos e segue os cuidados da equipe de enfermagem. Realizado troca de soro venoso periférico.
Assinatura e carimbo do Técnico	Assinatura e carimbo do Técnico



+ SUS

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

**Complexo Hospitalar Regional Dep. Jandunhy Carneiro
Patos – Paraíba**

INTERCORRENCIAS DAS 24H

Felipe Kiyoshi Gomes Nazareno
Medico Traumatologo
4411-05 9649

fatb 2005 Riquel



Paciente: Francisco do Santo Diagnóstico:
 Setor/Enfermaria: 11 Leito: 05 Data: 14.03.20. 7:00

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 + BN	cliente	no rem
2.		
3. SORP	cliente	cor VM
4.		
5. Di Provo 3g + 100 GM 06/06/14		
6.		
7. Traven 50 x 100 03/05/14		
8. SP 0.5% 100 x 100 03/05/14		
9.		
10. HEP 06/06/14		
11.		
12. Insulina Regular Longa 60 unidades	cliente	
13.		
14. Difenidol 25 x 100 03/05/14		
15.		
16. Losartano 50 x 100 03/05/14		
17.		
18. Colteb 25 x 100 03/05/14		
19.		
20. Diltiazem 60 x 100 12/11/14		
21.		
22. HCTZ 25 x 100 03/05/14		
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 90	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

Alexandre Medeiros da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PA 333.118

Paulo OPR de Almeida
Téc. em Enfermagem
COREN-PA 333.118

Paulo OPR de Almeida
Téc. em Enfermagem
COREN-PA 333.118



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JARDIM CARNEIRO

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

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.	Diet. livre	12/08 24 06	
2.	SF 24% 1000ml EV	12/08 24 06	
3.	Diluição 2cc 6/6M EV	12/08 24 06	
4.	Tijolo 40mg EV 1 vez em dia	12/08 24 06	
5.	Tramadol 100mg 12/11H 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.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

- Medicação analgésica no Bloco
Quirúrgico.

ASSISTENTE SOCIAL
LIVIA SOUZA
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

Diurese: 180ml

Proteste no Bloco Cirúrgico

Adriana Vasquez
COREN-PB-114





