



Número: **0801670-51.2023.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **15/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| LUIZ CARLOS DOS SANTOS (AUTOR)                                |                    | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)<br>MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) |                   |
| MARIA DE LOURDES DA SILVA (CURADOR)                           |                    | MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)                                      |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                             |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                                                              |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                                                    | Tipo              |
| 71922<br>126                                                  | 17/04/2023 11:21   | <a href="#">Contestação</a>                                                  | Contestação       |
| 71922<br>132                                                  | 17/04/2023 11:21   | <a href="#">2882040_CONTESTACAO_Anexo_03</a>                                 | Outros Documentos |
| 71922<br>134                                                  | 17/04/2023 11:21   | <a href="#">2882040_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                                 | Outros Documentos |

EM ANEXO



**BANCO DO BRASIL S.A.**

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1912

**CONTA:** 611000

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

10/03/2023

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

PAG\_8200459

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** MARIA DE LOURDES DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 01911

**CONTA:** 000000054889

---

---

**Número da Autenticação**

59717AF406C8C3C4





## 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: 03.669.999-44 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos 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: Luiz Carlos dos Santos 6 - CPF: 03.669.999-44  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Valentim 12 - Cidade: João Pinheiro 13 - Estado: MG 14 - CEP: 38078-432  
15 - E-mail: cynthia\_gil@hottmail.com 16 - Tel.(DDD): (31) 90831-2056

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: Maria de Lourdes da Silva  
18 - CPF do Representante Legal: 395.388.184-15 19 - Profissão do Representante Legal: Aposentada

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: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 54889 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim 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

Indicador de alfabetização

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, João Pinheiro, 28 de dezembro de 2022.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



Scanned with CamScanner





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 19306.01.2021.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 19306.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:13 horas do dia 10 de dezembro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **LUZ CARLOS DOS SANTOS**, CPF nº 013.669.994-44, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, natural de João Pessoa/PB, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Moacir da Costa Pereira, Nº 271, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98663-4900.

**Dados do(s) Fatos:**

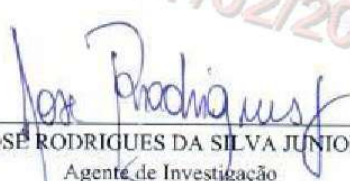
Local: Avenida Principal de Varzea Nova, Cremosinho, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/06/2020 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 14/06/2020, POR VOLTA DAS 19:00, ESTAVA CAMINHANDO NA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO DE VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, PROXIMO AO CREMOSINHO, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATE O PRESENTE MOMENTO NAO IDENTIFICADO ; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 01:22 DO DIA 14/06/2020, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FERIMENTO DA REGIAO LATERAL DA PERNA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DA REGIAO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. RAFAEL A. VALESTER.

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

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2021.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
LUZ CARLOS DOS SANTOS  
Notariante

Procedimento Policial: 19306.01.2021.1.00.401





## 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: 03.669.999-44 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos 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: Luiz Carlos dos Santos 6 - CPF: 03.669.999-44  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Valentim 12 - Cidade: João Pinheiro 13 - Estado: MG 14 - CEP: 38078-432  
15 - E-mail: cynthia\_gil@hottmail.com 16 - Tel.(DDD): (31) 90831-2056

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: Maria de Lourdes da Silva  
18 - CPF do Representante Legal: 395.388.184-15 19 - Profissão do Representante Legal: Aposentada

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: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 54889 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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 (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 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

INDICADO  
Habilitado  
Votado  
Empenhado  
Não alfabetizado

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, João Pinheiro, 28 de dezembro de 2022.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
SABADOR FILARDO LUCENA



Governo do Estado  
RIO GRANDE DO NORTE  
ARAÍBA

## Receituário

Paciente: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS

Idade: 55

Data: 14/06/2020 01:22:55

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1241234

### ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO POR MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA ESQUERDA, DOR TORÁCICA E QUE FEZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. NEGA PANCADA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. APRESENTA HALITO ETÍLICO, ACUSA DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO HEMITÓRAX ANTERIOR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO. MOBILIDADE DA CABEÇA SEM LIMITAÇÃO E SEM DOR À PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL. ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO PROFUNDA. MOVIMENTOS DOS MMSS E MMII PRESERVADOS. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM EXPOSIÇÃO MUSCULAR, LESÃO DE FASCIA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA COM SANGRAMENTO DE PEQUENA INTENSIDADE, AUSÊNCIA DE PULSO PEDIOSO ESQUERDO.

CONDUTA: EXS. RADIOL. E USG FAST + PARECER DA ORTOPEDIA E ORTOPEDIA.

PELA ORTOPEDIA

FERIMENTO NA REGIAO LATERAL DA PERNA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DA REGIAO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA

CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. RAFAEL ANTUNES VALESTER

12244/PB





DANFE - DOCUMENTO AUTORIZADO NOTIFICAR  
DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.823-0

Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO  
RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp.: 220 Lim. mín.: 202 Lim. máx.: 231

JOSEILTON FRANCISCO DO NASCIMENTO

AV BELO HORIZONTE, S/N - P. BOA ESPERANÇA  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58078432 (AG. 5)  
ROTEIRO 15 - 5 - 568 - 2650

CPF/CNPJ/RANI 452 721 314-87

CÓDIGO DO CLIENTE

5/2105030-7

CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00008330805

REF: MÊS / ANO

Dez / 2022

VENCIMENTO

02/01/2023

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,28



NOTA FISCAL Nº 005834011 - SÉRIE 001  
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 26/12/22  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>

Chave de Acesso:  
2522 1209 0951 8300 0140 6600 1005 8340 1120 0433 4268

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização

- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 10/2022) R\$ 44,21  
- HIV/AIDS: O CUIDADO COMEÇA COM A PREVENÇÃO.

| Datas de Leituras | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº Dias | Próxima Leitura |
|-------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|
|                   | 24/11/22         | 26/12/22      | 32      | 25/01/2023      |

| ITENS DA FATURA               | Unid. | Quant. | Preço unit. c/tributos (R\$) | Valor Total (R\$) | PIS/ Cofins (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Aliq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|----------------|------------|--------------------|
| Consumo em kWh                | KWH   | 135    | 0,769300                     | 103,72            | 4,17              | 103,72                | 18             | 18,66      | 0,599080           |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS        |       |        |                              | 4,14              | 0,00              | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA     |       |        |                              | 0,27              | 0,00              | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| JUROS DE MORA 11/2022         |       |        |                              | 2,00              | 0,00              | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| MULTA 11/2022                 |       |        |                              | 0,15              | 0,00              | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2022 |       |        |                              |                   |                   |                       |                |            |                    |

Scanned with CamScanner





DANFE - DOCUMENTO AUTORIZADO NOTIFICAR  
DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.823-0

Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO  
RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp.: 220 Lim. mín.: 202 Lim. máx.: 231

JOSEILTON FRANCISCO DO NASCIMENTO

AV BELO HORIZONTE, S/N - P. BOA ESPERANÇA  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58078-432 (AG. 5)  
ROTEIRO 15 - 5 - 568 - 2650

CPF/CNPJ/RANI 452 721 314-87

CÓDIGO DO CLIENTE

5/2105030-7

CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00008330805

REF: MÊS / ANO

Dez / 2022

VENCIMENTO

02/01/2023

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,28



NOTA FISCAL Nº 005834011 - SÉRIE 001  
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 26/12/22  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>

Chave de Acesso:  
2522 1209 0951 8300 0140 6600 1005 8340 1120 0433 4268

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização

- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 10/2022) R\$ 44,21  
- HIV/AIDS: O CUIDADO COMEÇA COM A PREVENÇÃO.

| Datas de Leituras | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº Dias | Próxima Leitura |
|-------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|
|                   | 24/11/22         | 26/12/22      | 32      | 25/01/2023      |

| ITENS DA FATURA               | Unid. | Quant. | Preço unit. c/tributos (R\$) | Valor Total (R\$) | PIS/Colins (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Aliq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------|----------------|------------|--------------------|
| Consumo em kWh                | KWH   | 135    | 0,769300                     | 103,72            | 4,17             | 103,72                | 18             | 18,66      | 0,599080           |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS        |       |        |                              | 4,14              | 0,00             | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA     |       |        |                              | 0,27              | 0,00             | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| JUROS DE MORA 11/2022         |       |        |                              | 2,00              | 0,00             | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| MULTA 11/2022                 |       |        |                              | 0,15              | 0,00             | 0,00                  | 0              | 0,00       |                    |
| ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2022 |       |        |                              |                   |                  |                       |                |            |                    |

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 11:21:15  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041711211458800000067822999>  
Número do documento: 23041711211458800000067822999

Num. 71922134 - Pág. 7



Poder Judiciário - Tribunal de Justiça  
Estado da Paraíba - Comarca da Capital - Fórum Regional de Mangabeira  
1ª Vara Regional de Família de Mangabeira - Cartório Unificado  
Av. Hilton Souto Maior, s/n - Mangabeira, João Pessoa/PB - CEP:58.013-520 - Tel.:(83):3238-6333

### TERMO DE COMPROMISSO - CURATELA DEFINITIVA

Nº DO PROCESSO: 0826806-90.2022.8.15.2001  
AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
AUTOR: MARIA DE LOURDES DA SILVA  
REU: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

O(A) MM. Juiz(iza) de Direito da 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira - Comarca de João Pessoa, Estado da Paraíba, na forma da lei, etc...

Ao(s) 10 de novembro de 2022, nesta Seção Família, Cartório Unificado, 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira, Comarca da Capital, Estado da Paraíba, onde presente se encontrava o Exmo. Sr. Dr. Sílvio José da Silva, MM. Juiz de Direito, comigo Técnico/Analista Judiciário do seu cargo adiante assinado, compareceu o(à):

#### CURADOR(A) DEFINITIVO(A):

Sr.(a) Nome: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** - Endereço: Avenida Belo Horizonte, sn, , Planalto Boa Esperança, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58065-012, brasileiro(a), portador(a) da cédula da cédula de identidade nº:890.245,SSDS/PB, e inscrito(a) no CPF nº: 395.388.184-15.

A quem o(a) referido(a) magistrado(a) deferiu o compromisso na forma da lei, de bem e fielmente, sem dolo, nem malícia, cumprir e desempenhar o encargo na forma da Lei de CURADOR(A) DEFINITIVO(A), para fins de representação do(a) curatelado(a) na prática de negócios relativos as suas atividades do dia a dia e demais atos do seu interesse, tais como: de natureza patrimoniais ou negociais, notadamente no que pertine ao saque e administração do possível seu possível benefício previdenciário, dar e emitir quitação em seu nome, formular requerimentos administrativos perante os órgãos públicos, ou fora deles, em defesa dos interesses do(a) curatelado(a), e representá-lo em juízo, face este(a) afirmar-se ser pessoa absolutamente incapaz de praticar tais atos, sozinho(a) ou mesmo assistido(a). Também fica obrigado(a) à prestação de contas quando instado(a) para tanto, conforme determina o art. 84, § 4º, da Lei nº 13.146/2015, ficando vedada a alienação ou oneração de quaisquer bens móveis, imóveis ou de qualquer natureza, pertencentes ao(a) interditando(a), salvo com autorização judicial, devendo seus proventos de aposentadoria, pensão ou rendas de qualquer título ser revertidos em seu benefício. Tudo, conforme sentença prolatada nos autos supramencionado para fins de representação do curatelado(a):

#### CURATELADO(A):

Sr.(a) Nome: **LUIZ CARLOS DOS SANTOS** - Endereço: Avenida Belo Horizonte, sn, Planalto Boa Esperança, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58065-012, brasileiro(a), portador(a) da cédula da cédula de identidade nº:2.743.633, SSDS/PBx, e inscrito(a) no CPF nº 013.669.994-44.

Tudo sob as penas da lei, dispensada da especialização da hipoteca legal, nos termos do art. 759, inciso I, § 2º do CPC/2015, conforme se processam nos autos da ação em epígrafe, partes qualificadas supra em trâmite perante a 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira, Comarca de João Pessoa/PB, Estado da Paraíba. Prestado o compromisso, prometeu cumprir com fidelidade. Do que para constar, lavrei o presente termo. Assim, pelo que dos autos consta, expediu-se, portanto, o presente, pelo qual, presta o(a) curador(a) compromisso na forma da lei. Eu,(CLAUDIA TRIGUEIRO DE ANDRADE ARCOVERDE), Técnico/Analista Judiciário. "Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei. 11.419/2016".

João Pessoa, 10 de novembro de 2022

SÍLVIO JOSÉ DA SILVA  
Juiz de Direito

*Maria de Lourdes da Silva*  
MARIA DE LOURDES DA SILVA  
Curador(a)

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Assinado eletronicamente por: SILVIO JOSE DA SILVA  
10/11/2022 21:49:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 65952619



22111021493750700000062311009

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/DocumentoHTML.seam?ca=d6ba9464f1c21a0a5bf6f930ca60dd15a44b774521fee8...> 1/2

Scanned with CamScanner







COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

PAZ: - CNPJ:

Data: 16/06/2020

Hora: 16:39:03

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Num. Frontal: 2019.04.000121

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 898002997548081 Sexo: M IDENTIDADE: 2743633 Fone: 986509954

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 19/09/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA MOACIR DA COSTA PEREIRA, 271

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Pai: LUIZ CAMILO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Rel/Doc. Responsavel: 986509954 / IDENTIDADE: 2743633

End. Residência: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem

[ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado

[ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia

[ ] Dispinela

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia

[ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular

[ ] Chocado

[ ] Vômito

Observação

Área Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário de medicação



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:08

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:08



### Receituário

Paciente: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS Idade: 55  
Data: 14/06/2020 01:22:55 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1241234

#### ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO POR MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA ESQUERDA, DOR TORÁCICA E QUE FEZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. NEGA PANCADA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. APRESENTA HALITO ETÍLICO, AGUSADOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO HEMITÓRAX ANTERIOR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO, MOBILIDADE DA CABEÇA SEM LIMITAÇÃO E SEM DOR À PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL. ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLORE À PALPAÇÃO PROFUNDA. MOVIMENTOS DOS MMSS E MMII PRESERVADOS. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM EXPOSIÇÃO MUSCULAR, LESÃO DE FASCIA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA COM SANGRAMENTO DE PEQUENA INTENSIDADE, AUSÊNCIA DE PULSO PEDIOSO ESQUERDO. CONDUTA: EXS. RADIOL. E USG FAST + PARECER DA ORTOPEdia E ORTOPEdia.

#### PELA ORTOPEdia

FERIMENTO NA REGIAO LATERAL DA PERNA ESQUERDA E FRACTURA EXPOSTA DA REGIAO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA  
CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

**Dr. RAFAEL ANTUNES VALESTRE**  
12244/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:08

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:08





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                               |       |                                       |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|----------|
| Nome: <u>Ury Claudio dos Santos</u>                                                           |       | Registro:                             |          |
| Idade:                                                                                        | Sexo: | Cor:                                  | Clínica: |
| Data: <u>14/06/2020</u>                                                                       |       | EMP:                                  |          |
| Cirurgião: <u>Dr. Tumbstock Filho</u>                                                         |       | LR:                                   |          |
| 2º Assistente:                                                                                |       | 1º Assistente:                        |          |
| 3º Assistente:                                                                                |       | Instrumentador:                       |          |
| Anestesista:                                                                                  |       | Tipo Anestesia:                       |          |
| Horário:                                                                                      |       | I:                                    | T:       |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                |       | CID                                   |          |
| <u>Lesão exposta de</u>                                                                       |       |                                       |          |
| <u>fibula (E)</u>                                                                             |       |                                       |          |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                |       | CID                                   |          |
| <u>Idem</u>                                                                                   |       |                                       |          |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                |       | CÓDIGO                                |          |
| <u>Exat. cirúrgico de</u>                                                                     |       |                                       |          |
| <u>exposição de fibula (E)</u>                                                                |       |                                       |          |
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                                                |       | 1 ( ) Sim                             |          |
|                                                                                               |       | 2 (X) Não                             |          |
| Biópsia de Congelação:                                                                        |       | 1 ( ) Sim                             |          |
|                                                                                               |       | 2 (X) Não                             |          |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:                                                |       | Inscreva:                             |          |
| 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |       | Tumbstock de A. R. Filho              |          |
|                                                                                               |       | ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA         |          |
|                                                                                               |       | CRM-PB: 7610 / TEOT: 1574 / RQE: 5245 |          |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59090-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





| Posição e Preparo:                                                                                                    | DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <p>pt em Dor sob anestesia</p> <p>Assepsia + antissepsia</p> <p>Abertura de campo antero</p>                          |                       |
| <p>Incisão:</p> <p>A júnior da lúea</p>                                                                               |                       |
| <p>Achados:</p> <p>lúea grave de parte molar,</p> <p>com odor fétido intenso</p> <p>OBS: mais de 12 h de evolução</p> |                       |
| <p>Conduta:</p> <p>Curativo com SF0,5%</p> <p>Desbridamento de tecido necrotizado</p> <p>Novo curativo com SF0,5%</p> |                       |
| <p>Fechamento:</p> <p>Sutura</p> <p>Curativo</p>                                                                      |                       |
| <p>OBS:</p>                                                                                                           |                       |

Data: 19/06/2020

Testes de A. R. Filho  
TRAUMATOLOGIA  
TELEFONE: 15747 1885-10

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Co - 80° / 80° 99°  
Lateral

Incisão:

Achados:

1x fibra @

Conduta:

Co - 80° / 80° 99°  
5 dias

Fechamento:

OBS:

Co - 80° / 80° 99°  
Antifibrinólise

Data:

10/06/20

Dr. Yuri Carneiro  
CRM 11.687 PB  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-544, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|--|
| NOME                                                                                                                                                                                             |              | PRONTUÁRIO                                                           |  |
| LUIZ CARLOS DOS SANTOS                                                                                                                                                                           |              | 152908                                                               |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                 | DATA DE ALTA | CID                                                                  |  |
| 14/06/20                                                                                                                                                                                         | 18/06/20     | S. 32-6                                                              |  |
| DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                              |              |                                                                      |  |
| FX FIBULA @                                                                                                                                                                                      |              |                                                                      |  |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                                                                                                                                                                           |              |                                                                      |  |
| OM EMO                                                                                                                                                                                           |              |                                                                      |  |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                              |              |                                                                      |  |
| PRIMEIRA EXATIDÃO                                                                                                                                                                                |              |                                                                      |  |
| PRONÓSTICO REALIZADO                                                                                                                                                                             |              |                                                                      |  |
| TTO CONSERVADOR                                                                                                                                                                                  |              |                                                                      |  |
| TRATAMENTO MEDICAMENTOSO                                                                                                                                                                         |              |                                                                      |  |
| INFECÇÃO                                                                                                                                                                                         |              | CURA DE MATERIAL                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                             |              | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |  |
| RESULTADO BACTERIOLÓGICO                                                                                                                                                                         |              |                                                                      |  |
| CONDIÇÃO DE ALTA                                                                                                                                                                                 |              | CURADO                                                               |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> APERDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO                 |              |                                                                      |  |
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                                                                                   |              |                                                                      |  |
| Paciente submetido a tto cirúrgico de FX FIBULA LMC + TTO de LMC, fratura operada por TTO CONSERVADOR                                                                                            |              |                                                                      |  |
| ORIENTAÇÕES ÀS ALTA                                                                                                                                                                              |              |                                                                      |  |
| DIETA: LIVRE                                                                                                                                                                                     |              |                                                                      |  |
| REPOUSO: Relativo em casa por dias                                                                                                                                                               |              |                                                                      |  |
| Retorno às atividades sem esforço físico em dias                                                                                                                                                 |              |                                                                      |  |
| Retorno às atividades com esforço físico leve em dias                                                                                                                                            |              |                                                                      |  |
| RETORNO COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se febre, procurar imediatamente o Complexo Hospitalar |              |                                                                      |  |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacilo 500 mg 6x/dia                                                                                                                                               |              |                                                                      |  |
| RETORNO Ao posto de saúde em para retirada de pontos em 30 dias para revisão                                                                                                                     |              |                                                                      |  |
| Ass. Autorizada em 18/06/20                                                                                                                                                                      |              |                                                                      |  |
| Dr. Yuri Cordeiro CRM 150178                                                                                                                                                                     |              |                                                                      |  |
| Ortopedia e Traumatologia CRM                                                                                                                                                                    |              |                                                                      |  |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar                                                                                                                                |              |                                                                      |  |
| Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO                                                                                                            |              |                                                                      |  |





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA  
Governo do Estado

### Guia de Encaminhamento Externo

Nome do solicitante

CNA

Profissão

Nome completo

Idade

Sexo

Raça / Cor

Religião

Altura

Pressão

Temperatura

Frequência cardíaca

Frequência respiratória

Estado de consciência

Estado de humor

Estado de orientação

Estado de atenção

Estado de memória

Estado de linguagem

Estado de marcha

Estado de equilíbrio

Estado de coordenação

Estado de percepção

Estado de sensibilidade

Estado de motricidade

Estado de força

Estado de resistência

Estado de flexibilidade

Estado de amplitude de movimento

Estado de velocidade

Estado de precisão

Estado de controle

Estado de estabilidade

Estado de equilíbrio dinâmico

Estado de equilíbrio estático

Estado de equilíbrio funcional

Estado de equilíbrio postural

Estado de equilíbrio cêntrico

Estado de equilíbrio periférico

Estado de equilíbrio global

Estado de equilíbrio total

Estado de equilíbrio completo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

Estado de equilíbrio máximo

Estado de equilíbrio supremo

Estado de equilíbrio absoluto

Estado de equilíbrio perfeito

Estado de equilíbrio ideal

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária

AP

Endereço

COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITI

RUA AGUIAR TE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/Nº  
MANGABEIRA PROSINDI JOÃO PESSOA - PB

Motivo do encaminhamento

EMERGENCIA

Exatidão na exames complementares

PELOS BOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO POR FOLHA DE FERIMENTO E DOR EM BEM-ESTAR. NEGOU O USO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



MAIOR DE 65 ANOS

*Maria de Lourdes da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

890.245 - 2ª VIA

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 24/04/2017

NOME

MARIA DE LOURDES DA SILVA

FILIAÇÃO

INACIO FLORENCIO DA SILVA  
CARMELITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

24/11/1951

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº43773 - LIVA 64 - FLS. 115 - CARTORIO 3º JOÃO

PESSOA PB

CPF  
395.388.184-15

João Pessoa - PB

ASSINADO ELETRONICAMENTE  
MARCOS A. B. LACERDA JR.

29/08/83

Ident. Civil - 20100829

A+

Scanned with CamScanner



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:29:50



## CRISTINA LIMEIRA ALVES

---

**De:** Fátima Lima  
**Enviado em:** terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 17:05  
**Para:** Margarida  
**Cc:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO; CRISTINA LIMEIRA ALVES; Katherine Moraes  
**Assunto:** RES: AUT 9327 - 3210254333

**Sinalizador de acompanhamento:**

**Status do sinalizador:** Acompanhar  
Sinalizada

Margarida, boa tarde.  
De acordo!

Atenciosamente,

**Fátima Lima**

Gerência de Sinistros

[fatima.lima@seguradoralider.com.br](mailto:fatima.lima@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4038



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

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>  
**Enviada em:** terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 15:01  
**Para:** Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>  
**Cc:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>  
**Assunto:** ENC: AUT 9327 - 3210254333

Fátima,

Favor autorizar o cadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

**Margarida Manso**

Gerência de Sinistro

[margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br](mailto:margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600





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

Av Rio Branco, 115 – 19º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <[flavia.castro@seguradoralider.com.br](mailto:flavia.castro@seguradoralider.com.br)>

**Enviada em:** segunda-feira, 6 de fevereiro de 2023 10:54

**Para:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto:margaridamanso@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Margarida.

Solicito autorização para cadastramento por dependência especial.

Trata-se de sinistro da natureza invalidez, cancelado por inatividade após comando de pagamento.

Vítima apresenta novo PSD, juntamente de curatela e documentos do curador.

| Sinistro         | Qualificação                                    | Pessoas                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pagamento | Histórico | Preexistência |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| Data             | Ação                                            | Comentários                                                                                                                                                                                                                                                                |           |           |               |
| 08/03/2022 08:23 | Reenviar cancelamento (sem interface Alta Plat) | Sinistro encaminhado para o estado Cancelado por Ricardo Tadeu B. Silva (Seguradora Líder).                                                                                                                                                                                |           |           |               |
| 08/03/2022 08:02 | Revisar cancelamento                            | Interações com a Alta Plataforma                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |
| 08/03/2022 08:02 | Cancelamento por inatividade                    | Sinistro cancelado por inatividade.                                                                                                                                                                                                                                        |           |           |               |
| 07/01/2022 08:01 | Rejeitar pagamento                              | Solicitamos o envio de novo formulário "PEDIDO DO SEGURO DPVAT" pela vítima/beneficiário/representante legal contendo dados bancários e, se possível, um comprovante bancário.                                                                                             |           |           |               |
| 07/01/2022 08:01 | Pagamento                                       | Nome do beneficiário: LUIZ CARLOS DOS SANTOS<br>Banco: 290<br>Agência: 03880<br>Conta: 000972153921<br>Dígito: 5<br>Banco pagador: Brasil<br>Data do retorno do banco: 05/01/2022 00:00:00<br>Estado: Estorno<br>Descrição da rejeição: AGENCIA/CONTA CORRENTE/DV INVALIDO |           |           |               |
| 21/12/2021 02:14 | Marcar prioritário                              | O sinistro foi marcado com a indicação de não prioritário.                                                                                                                                                                                                                 |           |           |               |
|                  |                                                 | Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY M. SOUZA (503) conforme relatório anexado ao processo.                                                                                                                                                        |           |           |               |

Dados da vítima

Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CPF: 01366999444

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Data de nascimento: 19/09/1969

Data do sinistro: 14/06/2020

**Flávia Castro**



Gerência de Sinistros - Coordenação de Atendimento  
Tel. 55 21 3861-4600



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

Rua da Quitanda 86 - 2º andar  
Centro - Rio de Janeiro

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



## CRISTINA LIMEIRA ALVES

---

**De:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO  
**Enviado em:** quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 09:26  
**Para:** CRISTINA LIMEIRA ALVES  
**Cc:** Margarida  
**Assunto:** RES: AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Cristina.

Último documento em 06/02/2023

### Flávia Castro

Gerência de Sinistros - Coordenação de Atendimento  
Tel. 55 21 3861-4600



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

Rua da Quitanda 86 - 2º andar  
Centro - Rio de Janeiro

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** CRISTINA LIMEIRA ALVES <[cristina.alves@seguradoralider.com.br](mailto:cristina.alves@seguradoralider.com.br)>  
**Enviada em:** quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 07:45  
**Para:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <[flavia.castro@seguradoralider.com.br](mailto:flavia.castro@seguradoralider.com.br)>  
**Cc:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto:margaridamanso@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** RES: AUT 9327 - 3210254333

Flávia, bom dia!

Favor informar qual data de último documento deverá ser usada no ato do recadastramento.

Obrigada.

---

**De:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto:margaridamanso@seguradoralider.com.br)>  
**Enviada em:** terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 15:01  
**Para:** Fátima Lima <[fatima.lima@seguradoralider.com.br](mailto:fatima.lima@seguradoralider.com.br)>  
**Cc:** FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <[flavia.castro@seguradoralider.com.br](mailto:flavia.castro@seguradoralider.com.br)>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <[cristina.alves@seguradoralider.com.br](mailto:cristina.alves@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** ENC: AUT 9327 - 3210254333

Fátima,



Favor autorizar o cadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

## Margarida Manso

Gerência de Sinistro

[margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br](mailto:margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600



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

Av Rio Branco, 115 – 19º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** FLÁVIA ORNELAS DE OLIVEIRA CASTRO <[flavia.castro@seguradoralider.com.br](mailto:flavia.castro@seguradoralider.com.br)>

**Enviada em:** segunda-feira, 6 de fevereiro de 2023 10:54

**Para:** Margarida <[margaridamanso@seguradoralider.com.br](mailto:margaridamanso@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Margarida.

Solicito autorização para cadastramento por dependência especial.

Trata-se de sinistro da natureza invalidez, cancelado por inatividade após comando de pagamento.

Vítima apresenta novo PSD, juntamente de curatela e documentos do curador.

| Sinistro         | Qualificação                                    | Pessoas                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pagamento | Histórico | Preexistência |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| Data             | Ação                                            | Comentários                                                                                                                                                                                                                                                                |           |           |               |
| 08/03/2022 08:23 | Reenviar cancelamento (sem interface Alta Plat) | Sinistro encaminhado para o estado Cancelado por Ricardo Tadeu B. Silva (Seguradora Líder).                                                                                                                                                                                |           |           |               |
| 08/03/2022 08:02 | Revisar cancelamento                            | Interações com a Alta Plataforma                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |               |
| 08/03/2022 08:02 | Cancelamento por inatividade                    | Sinistro cancelado por inatividade.                                                                                                                                                                                                                                        |           |           |               |
| 07/01/2022 08:01 | Rejeitar pagamento                              | Solicitamos o envio de novo formulário "PEDIDO DO SEGURO DPVAT" pela vítima/beneficiário/representante legal contendo dados bancários e, se possível, um comprovante bancário.                                                                                             |           |           |               |
| 07/01/2022 08:01 | Pagamento                                       | Nome do beneficiário: LUIZ CARLOS DOS SANTOS<br>Banco: 290<br>Agência: 03880<br>Conta: 000972153921<br>Dígito: 5<br>Banco pagador: Brasil<br>Data do retorno do banco: 05/01/2022 00:00:00<br>Estado: Estorno<br>Descrição da rejeição: AGENCIA/CONTA CORRENTE/DV INVALIDO |           |           |               |
| 21/12/2021 02:14 | Marcar prioritário                              | O sinistro foi marcado com a indicação de não prioritário.                                                                                                                                                                                                                 |           |           |               |
|                  |                                                 | Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY MA...                                                                                                                                                                                                         |           |           |               |



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07





ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



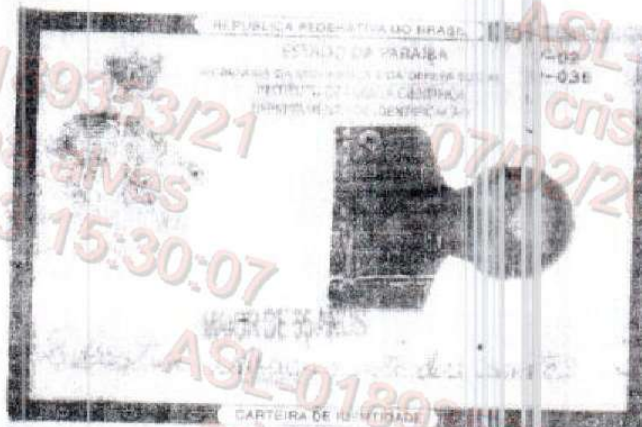
ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21  
cristina.alves  
07/02/2023 15:30:07





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3230002817 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/06/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

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

**Data da análise:** 10/02/2023

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA, COM LESÃO DE PARTES MOLES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 02 04 05 07 // PARECER CONFORME SINISTRO ANTERIOR //  
Trata-se de recadastramento do processo 3210254333 cancelado em fase de reprogramação (rejeição bancária).

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004083/23

**Vítima:** LUIZ CARLOS DOS SANTOS

**CPF:** 013.669.994-44

**Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

**Data do acidente:** 14/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### MARIA DE LOURDES DA SILVA : 395.388.184-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Curatela  
Documentos de identificação

#### LUIZ CARLOS DOS SANTOS : 013.669.994-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/02/2023  
Nome: LUIZ CARLOS DOS SANTOS  
CPF: 013.669.994-44

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2023  
Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES  
CPF: 041.380.364-31

LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CRISTINA LIMEIRA ALVES



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3230002817 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/06/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

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

**Data da análise:** 10/02/2023

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA, COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARTES MOLES COM LIMPEZA MECÂNICA E DEBRIDAMENTO, CONSERVADOR DA FÍBULA, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 02 04 05 07 // PARECER CONFORME SINISTRO ANTERIOR //  
Trata-se de recadastramento do processo 3210254333 cancelado em fase de reprogramação (rejeição bancária).

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Fevereiro de 2023**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3230002817**

**Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 14/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DOS SANTOS**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00163/00164 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 17273062





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Março de 2023**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3230002817**

**Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 14/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DE LOURDES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000054889-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010099





## 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: 03.669.999-44 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos 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: Luiz Carlos dos Santos 6 - CPF: 03.669.999-44  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Valentim 12 - Cidade: João Pinheiro 13 - Estado: MG 14 - CEP: 38078-432  
15 - E-mail: cynthia\_gil@hottmail.com 16 - Tel.(DDD): (31) 90831-2056

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: Maria de Lourdes da Silva  
18 - CPF do Representante Legal: 395.388.184-15 19 - Profissão do Representante Legal: Aposentada

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)

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 54889 5 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 (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 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

Indicador de alfabetização

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, João Pinheiro, 28 de dezembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019





Scanned with CamScanner

