

Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210042933

Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210042933

Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

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 dos punhos
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: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 000000045037-7

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.

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: 086 296 384 - 27 4 - Nome completo da vítima: Francisco Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 086 296 384 - 27
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO MANIGORA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: -
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
15 - E-mail: XTHKAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 99660-7071

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)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 00045037 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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)

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, Pombal - PB, 28 de Janeiro de 2021.

TESTEMUNHAS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3210042933** 3 - CPF da vítima: **086.296.354-27** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **086.296.354-27**

7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO MANIÇABA** 9 - Número: **086.296.354-27** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **POHBAI** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **56640-000**

15 - E-mail: **XTHYADOCARNEIROX@HOTMAIL.COM** 16 - Tel (DDD): **(83) 91660-7071**

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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00045037** 7

☐ 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 (ou 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Instrução: escreva seu nome em letra de mão

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Pohbaí 02 de março de 2021.**

Francisco Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 259/2020**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO - DPVAT**

Data do fato: 15/06/2020 – pelas 12:00 horas

Local do ocorrido: **BR 427, próximo a ASSIS PRETO, Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08.07.2020 – as 09:250Horas

COMUNICANTE: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA – CPF 086.296.384-27/ RG 2994098//SSP-PB, brasileiro, união estável, natural de Pombal-PB, agricultor, nascido em 17/03/1987, filho de Livaldino Pereira da Silva e de Francisca Maria da Conceição, residente na Rua projetada, s/n, Jardim Rogério, Pombal-PB, Tel: 83 9 96100981//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA NXR150 BROS ES – ANO 2006 – COR PRETA– PLACA **MOI7878/PB** / CHASSI: 9C2KD03307R012369, licenciada em nome do Comunicante; Que trafegava na BR 427 nas proximidades de ASSIS PRETO, quando animais (cachorros) atravessaram a frente do comunicante, provocando um acidente, onde o comunicante veio a cair da motocicleta; Que do acidente o comunicante teve fratura no punho do braço esquerdo; Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal-PB, pelo SAMU; Que no Hospital de Pombal foi atendido, avaliado e liberado, retornando para o Hospital Regional para fazer a cirurgia no dia 22/06/2020; Que tem conhecimento do fato a pessoa de LEONARDO MARCONI RIBEIRO DE OLIVEIRA, residente a Rua José Jaime de Sousa, 168, Bairro santo Amaro, Pombal-PB e BREITNER DA SILVA LUNGUINHO, Rua Jose Domingos Pereira, 281, Petrópolis, Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de JULHO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDI ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: X Francisco Pereira da Silva.Testemunha: Donato Marini da SilvaTestemunha: Breiter da Silva Lunguinho

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

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: 086 296 384 - 27 4 - Nome completo da vítima: Francisco Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 086 296 384 - 27
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO MANIGORA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
15 - E-mail: XTHKAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 99660-7071

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: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 00045037 7 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (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)

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, Pombal - PB, 28 de Janeiro de 2021.

TESTEMUNHAS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3210042933** 3 - CPF da vítima: **086.296.354-27** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **086.296.354-27**

7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO MANIÇABA** 9 - Número: **086.296.354-27** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **POHBAI** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **56640-000**

15 - E-mail: **XTHYADOCARNEIROX@HOTMAIL.COM** 16 - Tel (DDD): **(83) 91660-7071**

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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00045037** 7

☐ 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 (ou 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Instrução: escreva seu nome em letra de mão

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Pombal 02 de março de 2021.**
Francisco Pereira da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA DE SAÚDE**



**PREFEITURA DE
POMBAL**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>15.06.20</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0024</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>Francisco Pereira de Silva</u>	IDADE: <u>33</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR-427 (saída para Paulista - PB)</u>		BAIRRO: <u></u>	MÉDICO REGULADOR <u>Tomaz</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HRP</u>		RESPONSÁVEL: <u></u>	FUNÇÃO: <u>médico</u>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____				
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STANBY ☐ OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ SOCORRIDO POR BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ AGRESSÃO	☐ LESÕES TÉRMICAS	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AVC	☐ DROGAS
☐ DESABAMENTO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ CONVULSÕES	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ AFOGAMENTO	☐ CIRURGIAS	☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ F.A.B.	☐ QUEDA	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS:
☐ F.A.F.	☐ QUEIMADURA	☐ DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Trauma, vítima de queda de moto, possível fratura no HSE na região do punho, escoriações por todo corpo.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

P.A: 100 X 80 FC: 94 FR: _____ TEMP: _____ °C - HGT: 183 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV, AVP com SRL, 01 amp. de dipirona + AD EV, realizado protocolo de trauma.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pct, consciente, orientado, verbalizando, vítima de queda de moto na BR 227, fratura em punho na ~~esquerda~~ mão direita.



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA DE SAÚDE**



**PREFEITURA DE
POMBAL**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: USB-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>15.06.20</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0024</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>Francisco Pereira de Silva</u>	IDADE: <u>33</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR-427 (saída para Paulista - PB)</u>		BAIRRO: <u></u>	MÉDICO REGULADOR <u>Tomaz</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HRP</u>		RESPONSÁVEL: <u></u>	FUNÇÃO: <u>médico</u>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____				
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ STANBY ☐ OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ SOCORRIDO POR BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ EVADIU DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:			
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
☐ AGRESSÃO	☐ LESÕES TÉRMICAS	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AVC	☐ DROGAS
☐ DESABAMENTO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ CONVULSÕES	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ AFOGAMENTO	☐ CIRURGIAS	☐ DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
☐ F.A.B.	☐ QUEDA	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS:
☐ F.A.F.	☐ QUEIMADURA	☐ DOENÇA CARDÍACA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Trauma, vítima de queda de moto, possível fratura no HSE na região do punho, escoriações por todo corpo.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE

P.A: 100 X 80 FC: 94 FR: _____ TEMP: _____ °C - HGT: 183 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV, AVP com SRL, 01 amp. de dipirona + AD EV, realizado protocolo de trauma.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pct, consciente, orientado, verbalizando, vítima de queda de moto na BR 227, fratura em punho na ~~mao~~ mão direita.

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: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321004293301
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000045037

Número da Autenticação

767AB723A6F2FDE3



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1449363-9

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO USANDO O CÓDIGO 00014493639

 VALOR DA FATURA R\$ 210,87	 VALIDADEZ 14/10/2020
 REFERÊNCIA Out / 2020	 CONSUMO 595kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

Fatura com valor em atraso
 Com fatura em atraso, a prestação será cobrada com o acréscimo de multa de 20% (R\$ 42,17).

Registre-se nos débitos

[illegible][illegible]

RESERVADO AO FISCO dc5c 59ed 2ba7 4bc2 db79 1d02 0c2 4a0b

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Out/09	5.010
Nov/09	5.014
Dez/09	5.010
Jan/10	4.985
Fev/10	4.988
Mar/10	4.985
Abr/10	4.985
Mai/10	4.985
Jun/10	4.985
Jul/10	4.985
Ago/10	4.985
Sep/10	4.985
Out/10	4.985

LEITURAS

Anterior: 04/10/2010 34.000
Atual: 06/11/2010 34.000
Consumo: 520 kWh
Período: 23 dias
Consumo médio diário: 22,6 kWh

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Energia de distribuição (incluindo perdas)	112,74	48,69
Energia de transmissão	112,30	48,44
Energia de geração	71,25	29,23
Energia de distribuição	71,25	29,23
Energia de distribuição (incluindo perdas)	71,25	29,23
Energia de distribuição	71,25	29,23
Total	230,23	100,00

Fonte: Departamento de Energia do Estado de São Paulo, 06/11/2010 (R\$ 44,74)

INDICADORES DE QUALIDADE				Limite de Tensão (N)
METAS	mensal	apurado Trimestre	ANUAL	
Meta - perda de tensão energia (W)	11,30	5,30	27,81	220
Valor que o cliente usou na energia (W)	7,67	1,00	15,34	10.994
Quota de tensão de energia para o cliente (W)	8,00			202
Quota de tensão de energia para o cliente (W)	16,00			13

ATTACHED

For more information, contact: Energy and Environment, American Petroleum Institute, 11 Dupont Circle, N.W., Washington, D.C. 20036, 202/462-2600, Fax: 202/462-2601, E-mail: api@api.org.

- REVISÃO DE VETORES (10) (11) e (12) (13) e (14) (15) e (16) (17) e (18) (19) e (20) (21) e (22) (23) e (24) (25) e (26) (27) e (28) (29) e (30) (31) e (32) (33) e (34) (35) e (36) (37) e (38) (39) e (40) (41) e (42) (43) e (44) (45) e (46) (47) e (48) (49) e (50) (51) e (52) (53) e (54) (55) e (56) (57) e (58) (59) e (60) (61) e (62) (63) e (64) (65) e (66) (67) e (68) (69) e (70) (71) e (72) (73) e (74) (75) e (76) (77) e (78) (79) e (80) (81) e (82) (83) e (84) (85) e (86) (87) e (88) (89) e (90) (91) e (92) (93) e (94) (95) e (96) (97) e (98) (99) e (100) (101) e (102) (103) e (104) (105) e (106) (107) e (108) (109) e (110) (111) e (112) (113) e (114) (115) e (116) (117) e (118) (119) e (120) (121) e (122) (123) e (124) (125) e (126) (127) e (128) (129) e (130) (131) e (132) (133) e (134) (135) e (136) (137) e (138) (139) e (140) (141) e (142) (143) e (144) (145) e (146) (147) e (148) (149) e (150) (151) e (152) (153) e (154) (155) e (156) (157) e (158) (159) e (160) (161) e (162) (163) e (164) (165) e (166) (167) e (168) (169) e (170) (171) e (172) (173) e (174) (175) e (176) (177) e (178) (179) e (180) (181) e (182) (183) e (184) (185) e (186) (187) e (188) (189) e (190) (191) e (192) (193) e (194) (195) e (196) (197) e (198) (199) e (200) (201) e (202) (203) e (204) (205) e (206) (207) e (208) (209) e (210) (211) e (212) (213) e (214) (215) e (216) (217) e (218) (219) e (220) (221) e (222) (223) e (224) (225) e (226) (227) e (228) (229) e (230) (231) e (232) (233) e (234) (235) e (236) (237) e (238) (239) e (240) (241) e (242) (243) e (244) (245) e (246) (247) e (248) (249) e (250) (251) e (252) (253) e (254) (255) e (256) (257) e (258) (259) e (260) (261) e (262) (263) e (264) (265) e (266) (267) e (268) (269) e (270) (271) e (272) (273) e (274) (275) e (276) (277) e (278) (279) e (280) (281) e (282) (283) e (284) (285) e (286) (287) e (288) (289) e (290) (291) e (292) (293) e (294) (295) e (296) (297) e (298) (299) e (300) (301) e (302) (303) e (304) (305) e (306) (307) e (308) (309) e (310) (311) e (312) (313) e (314) (315) e (316) (317) e (318) (319) e (320) (321) e (322) (323) e (324) (325) e (326) (327) e (328) (329) e (330) (331) e (332) (333) e (334) (335) e (336) (337) e (338) (339) e (340) (341) e (342) (343) e (344) (345) e (346) (347) e (348) (349) e (350) (351) e (352) (353) e (354) (355) e (356) (357) e (358) (359) e (360) (361) e (362) (363) e (364) (365) e (366) (367) e (368) (369) e (370) (371) e (372) (373) e (374) (375) e (376) (377) e (378) (379) e (380) (381) e (382) (383) e (384) (385) e (386) (387) e (388) (389) e (390) (391) e (392) (393) e (394) (395) e (396) (397) e (398) (399) e (400) (401) e (402) (403) e (404) (405) e (406) (407) e (408) (409) e (410) (411) e (412) (413) e (414) (415) e (416) (417) e (418) (419) e (420) (421) e (422) (423) e (424) (425) e (426) (427) e (428) (429) e (430) (431) e (432) (433) e (434) (435) e (436) (437) e (438) (439) e (440) (441) e (442) (443) e (444) (445) e (446) (447) e (448) (449) e (450) (451) e (452) (453) e (454) (455) e (456) (457) e (458) (459) e (460) (461) e (462) (463) e (464) (465) e (466) (467) e (468) (469) e (470) (471) e (472) (473) e (474) (475) e (476) (477) e (478) (479) e (480) (481) e (482) (483) e (484) (485) e (486) (487) e (488) (489) e (490) (491) e (492) (493) e (494) (495) e (496) (497) e (498) (499) e (500) (501) e (502) (503) e (504) (505) e (506) (507) e (508) (509) e (510) (511) e (512) (513) e (514) (515) e (516) (517) e (518) (519) e (520) (521) e (522) (523) e (524) (525) e (526) (527) e (528) (529) e (530) (531) e (532) (533) e (534) (535) e (536) (537) e (538) (539) e (540) (541) e (542) (543) e (544) (545) e (546) (547) e (548) (549) e (550) (551) e (552) (553) e (554) (555) e (556) (557) e (558) (559) e (560) (561) e (562) (563) e (564) (565) e (566) (567) e (568) (569) e (570) (571) e (572) (573) e (574) (575) e (576) (577) e (578) (579) e (580) (581) e (582) (583) e (584) (585) e (586) (587) e (588) (589) e (590) (591) e (592) (593) e (594) (595) e (596) (597) e (598) (599) e (600) (601) e (602) (603) e (604) (605) e (606) (607) e (608) (609) e (610) (611) e (612) (613) e (614) (615) e (616) (617) e (618) (619) e (620) (621) e (622) (623) e (624) (625) e (626) (627) e (628) (629) e (630) (631) e (632) (633) e (634) (635) e (636) (637) e (638) (639) e (640) (641) e (642) (643) e (644) (645) e (646) (647) e (648) (649) e (650) (651) e (652) (653) e (654) (655) e (656) (657) e (658) (659) e (660) (661) e (662) (663) e (664) (665) e (666) (667) e (668) (669) e (670) (671) e (672) (673) e (674) (675) e (676) (677) e (678) (679) e (680) (681) e (682) (683) e (684) (685) e (686) (687) e (688) (689) e (690) (691) e (692) (693) e (694) (695) e (696) (697) e (698) (699) e (700) (701) e (702) (703) e (704) (705) e (706) (707) e (708) (709) e (710) (711) e (712) (713) e (714) (715) e (716) (717) e (718) (719) e (720) (721) e (722) (723) e (724) (725) e (726) (727) e (728) (729) e (730) (731) e (732) (733) e (734) (735) e (736) (737) e (738) (739) e (740) (741) e (742) (743) e (744) (745) e (746) (747) e (748) (749) e (750) (751) e (752) (753) e (754) (755) e (756) (757) e (758) (759) e (760) (761) e (762) (763) e (764) (765) e (766) (767) e (768) (76

[illegible]

1. L'entrepreneur a-t-il le droit de vendre son produit à un prix inférieur à celui fixé par l'Etat ?

Dopo il pagamento del valore, la banca trasferisce a tua volta la somma versata, con un'adeguata commissione, al tuo conto corrente. In questo modo, la banca si libera del tuo debito e tu sei libero di spendere la tua somma in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo.

© 2000 Blackwell Science Ltd

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 057.247.425

DADOS DO CLIENTE:

THYAGO G***** L**** C*****

RUA CEL JO** CARN**** S/Nº 1 ANº 58840000
POMBAL



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insr. Est. 16.915.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1106327-8

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
JAN/2021



APRESENTAÇÃO
12/01/2021



CONSUMO
135 KWH



VENCIMENTO
19/01/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 128,50

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9		CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/01/2021	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				VENCIMENTO 19/01/2021	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				CNPJ 08.095.183/0001-40	
ENDEREÇO BR 236 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 32009200000000000000	
DATA DO DOCUMENTO 12/01/2021	Nº DOCUMENTO 000000000-2021-01-0	LIBR. CÉL. DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 12/01/2021	(-) VALOR DO DOCUMENTO 128,50
LAPSO 17		ESPECIE R\$	LAPSO-SPICE	VALOR	(-) VALOR A PAGAR 128,50
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MÍTIMA E ILIROS DE MÍTIMA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(-) MORA/MULTA
					(-) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(-) VALOR COBRADO
FUNDOS THYAGO G***** L**** C***** RUA CEL JO** CARN**** S/Nº 1 ANº 58840000 POMBAL (AG: 227)				LAPSO-SPICE 057.6**.***.*** POMBAL (AG: 227)	

Autenticação mecânica

Ficha de Compensação

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glydson Leite Carneiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.296.384 / 27

do sinistro de DPVAT cobertura Imovel da Vítima Francisco Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.296.384 / 27, 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 General João Carneiro</u>	Número: <u>512</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>KTHYNGO.CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>58840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99660-7071</u>

Local e Data: Pombal - PB, 03 de fevereiro de 2021.



Assinatura do Declarante

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

- 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

4 - PRONTUÁRIO

39983

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709-1032-2022-1030

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/03/1987

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

LIVALDINO PEREIRA DA SILVA

12 - ENDEREÇO

RUA PROJETADA

N.º

13 - BAIRRO

PEREIRAO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queima em punho (e)
Dor em punho (e)

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de rádio distal (e)

22 - CID 10 PRINC

S52.3

23 - CID 10 SEC

W19

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de rádio distal (e)

26 - COD PROCEDIMENTO

0408020202

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

22/06/20

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

Rua Proprieta - Pereira - Pombal - PB

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Francisco Pereira da Silva
 Filiação: JCS Maria da Conceição
 Sexo: masculino Idade: 33a Cor: Parda
 Procedência: Clínica Cirúrgica Data: 22/06/2020
 Cirurgião: Dr. Felix Laminara Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. João Martins Anestesia: _____
 Início da anestesia: 18:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 19:55 Duração: _____

Procedimento Ortopédico-

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausebron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE *Françisco Pereira da Silva* Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO *22/06/20* ENF. LEITO
OPERADOR *Dr. Camargo* 1º AUXILIAR
2º AUXILIAR 3º AUXILIAR INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA TIPO DE ANESTESIA

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO *Fratura de núcleo dental (C)*

TIPO DE OPERAÇÃO

Ostiotomia de núcleo dental (C)

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

Paciente acorda de consciência da fratura e risco de complicação e sequelas.

RESUMO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

- 1) Paciente em DDH sob anestesia.*
- 2) Anestesia e Anticoagulante*
- 3) Colocação de lâmina guia*
- 4) Realização osteotomia + fratura e fratura de 5 fragmentos*
- 5) Curativos + Imobilização*

Dr. José Carlos de Sá



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 22/06/2020 09:18:09

Ocorrência:

CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Paciente

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Idade: 33 Sexo M

Filiação

Pai: LIVALDINO PEREIRA DA SILVA
Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: RUA PROJETADA
Bairro: PEREIRAO
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

N.º

Documentos

CNS: 709-1032-2022-1030
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 17/03/1987
Cor: PARDA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

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

Doença com trauma em punho (e)

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

Doença com trauma em punho (e)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

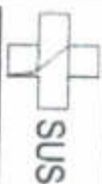
Fratura de rádio distal (e)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: NADJARA

Dr. João Carneiro



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.269/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Mae: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Nascimento: 17/03/1987 Idade: 33 Cor: BRANCA

Profissao: AGRICULTOR(A) Num.: Sexo: M

Endereco: RUA PROJETADA

Bairro: PEREIRA

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

CNS: 709-1032-2022-1030 Reg. Nasc.: Identidade: Fone:

CPF: Data / Hora: 15/06/2020 12:58:02 N Ficha: 104934 Recepcionista: NADJARA

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO) N Prontuario: 39983

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS

PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Paciente de 33 anos de idade, sexo masculino, com queixa de acidente de trânsito com lesões físicas e psicológicas. Foi encaminhado para atendimento em sala de espera e encaminhado para sala de espera.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

EXAMES: FIMONA + SKL

MATERIAS MEDICAMENTOS E OUTROS

Medicamento:
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
2 -										
3 -	2	2	2	2	5	1			2	5

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

DULIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

CBO

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Otophonia

Vitória de sacralidade de morte
e triunfo em Junho 20

27. Dezembro em
Junho 20

12 de Dezembro em
nota digital 20
e de Sol e virap

Imobilização

Dr. José Joaquim Neto
Fisioterapia e Traumatologia
R. 1801 F. 01 15253







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015766469601
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0089820064-4 00/00000000 2020
COD. RENAVAM PRT 20200000371904-8
BOMBAIO

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 08629638427
PLACA ANT. UF MOI7878/PB
NOVO PB 9C2KD03307R012369

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC
COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARKA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2006 ANO IMP. 2007

CAP. POT. / cil. 2 P/149 /CI
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000
VENC. COTA ÚNICA 1º
VENC. COTAS 2º
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
ICF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 18/08/2020
***** SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

POMBAL - PB

14265



21407

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015766469601 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 19/08/2020

VIA 1 08629638427
CPF / CNPJ MOI7878/PB

RENAVAM 00898200644
MARKA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2006
COT. IMP. 9
9C2KD03307R012369

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINIS (R\$) *****
DENATIM (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
ICF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 18/08/2020
***** SEGURO P A G O

COTA ÚNICA 00/00/0000
VENC. COTA ÚNICA 1º
VENC. COTAS 2º
3º

SEURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.408/0001-04

21407-0758239-20200819



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210042933 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 3*/4*/6/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210042933 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 3*/4*/6/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Pereira da Silva
RG: 2994096 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 086.296.384-27
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Maricoba N° 512
Bairro: Zona Rural Cep: 58840-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: () () ()

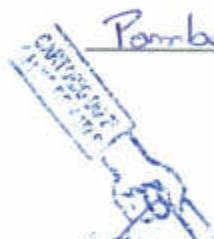
OUTORGADO:

Nome: Thiago Glaydson Leite Carneiro
RG: 2.897.048 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro N° 512
Bairro: Centro Cep: 58840-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

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 à:

Vítima: Francisco Pereira da Silva
CPF: 086.296.384-27 Data do Acidente: 15 / 06 / 2020
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Pombal - PB, 28 de Janeiro de 2021.
Local e data



Francisco Pereira da Silva

(r firma por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO PEREIRA DA SILVA. Em test. da verdade. Dou fé. POMBAL-PB, 28/01/2021.



JOSÉ CALIXTO DE SOUZA NETO
Selo Digital de fiscalização tipo Normal (B-ALC41192-G09P)
Confira o ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 12,56 FAREN R\$ 0,31 FEPJ R\$ 0,00

José Calixto de Souza Neto
Escrivente Autorizado
2º Cartório

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038421/21

Número do Sinistro: 3210042933

Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

CPF: 086.296.384-27

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA : 086.296.384-27

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/03/2021
Nome: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA
CPF: 086.296.384-27

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2021
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038421/21

Vítima: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

CPF: 086.296.384-27

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 15/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA : 086.296.384-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2021
Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2021
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL