



Número: **0800825-52.2021.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **18/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71921289	17/04/2023 11:13	2882334_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01747/01748 - carta_03 - INVALIDEZ

00020874



Carta nº 16599549





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

Rio de Janeiro, 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: 4 - Nome completo da vítima:

086 296 384 - 27

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

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

086 296 384 - 27

AGRICULTOR

SÍTIO MANIGORA

SIN

ZONA RURAL

POMBAL

PB

58340-000

XTHKABOCARNEIROX@HOTMAIL.COM

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (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

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 - PB, 28 de Janeiro de 2021.





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: 3210042933	3 - CPF da vítima: 066.296.384-27	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: 066.296.384-27
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: SÍTIO MANIÇABA	9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: POMBAL	13 - Estado: PB
14 - CEP: 56640-000	15 - E-mail: XTAVADOCARNEIROX@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\$1.000,00 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 ☐		
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 nº 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 discordo 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: ☐ Sim ☐ Não		
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: ☐ Sim ☐ Não		
30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não		
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não		
32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não		
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 - Assinatura do declarante:		
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, 02 de março de 2021.		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Pereira da Silva		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):		
43 - Assinatura do Procurador (se houver):		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 11:13:52

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041711135141600000067822109>

Número do documento: 23041711135141600000067822109



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 AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Francisco Pereira da Silva.

Testemunha:

Testemunha:

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: 4 - Nome completo da vítima:

086 296 384 - 27

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

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

086 296-384-27

AGRICULTOR

SÍTIO MANIGORA

SIN

ZONA RURAL

POMBAL

PB

58340-000

XTHKABOCARNEIROX@HOTMAIL.COM

(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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (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

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 - PB, 28 de Janeiro de 2021.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE		
2 - Nº do pedido do ASL: 3210042933	3 - CPF da vítima: 066.296.384-27	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: 066.296.384-27
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: SÍTIO MANIÇABA	9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: POMBAL	13 - Estado: PB
14 - CEP: 56640-000	15 - E-mail: XTAVADOCARNEIROX@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:		
Declare, 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\$1.000,00 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: 000450377		
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:		
• Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo 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: ☐ Sim ☐ Não		
30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não		
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não		
32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não		
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.		
34 - (Informar o nome, o cargo e o endereço completo do testemunha)		
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, 02 de março de 2021.		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco Pereira da Silva		
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: 115B-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 15.06.20	OCORRÊNCIA Nº: 0024	PACIENTE/USUÁRIO: Francisco Freiry da Silva	IDADE 33	SEXO ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR-427 (saída para Paulista - PB)		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR Tomaz	
DESTINO DO PACIENTE: HRP		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO: médico	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:				
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ PRF ☐ CPTRAN ☐ SEM SINAL ☐ 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: 54 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:

Pat, consciente, orientado, verbalizando, vítima de queda de moto na BR 227, fratura punho na 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: 115B-05

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>15.06.20</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0024</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>Francisco Freiry da Silva</u>	IDADE <u>33</u>	SEXO ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR-427 (saída para Paulista - PB)</u>		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR <u>Tomaz</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HRP</u>		RESPONSÁVEL:	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 ☐ SEM SINAL ☐ 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: 54 FR: 18 TEMP: 36.3 °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:

Pat, consciente, orientado, verbalizando, vítima de queda de moto na BR 227, fratura 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 COM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014493679

	VALOR DA FATURA R\$ 210,87		VALIDADE 14/10/2020
	REFERÊNCIA Out / 2020		CONSUMO 595kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS		FATURAS EM ATRASO	
Sujeito a corte!		+R\$ 20	
Por favor, não se esqueça de pagar o valor devido até o dia 14/10/2020. Respeitando sempre os horários.		R\$ 101,46	

[illegible]

Unit 1: The people of the Americas	1.1.10	1.1.11	1.1.12	1.1.13	1.1.14	1.1.15	1.1.16	1.1.17	1.1.18	1.1.19	1.1.20	1.1.21	1.1.22	1.1.23	1.1.24	1.1.25	1.1.26	1.1.27	1.1.28	1.1.29	1.1.30	1.1.31	1.1.32	1.1.33	1.1.34	1.1.35	1.1.36	1.1.37	1.1.38	1.1.39	1.1.40	1.1.41	1.1.42	1.1.43	1.1.44	1.1.45	1.1.46	1.1.47	1.1.48	1.1.49	1.1.50	1.1.51	1.1.52	1.1.53	1.1.54	1.1.55	1.1.56	1.1.57	1.1.58	1.1.59	1.1.60	1.1.61	1.1.62	1.1.63	1.1.64	1.1.65	1.1.66	1.1.67	1.1.68	1.1.69	1.1.70	1.1.71	1.1.72	1.1.73	1.1.74	1.1.75	1.1.76	1.1.77	1.1.78	1.1.79	1.1.80	1.1.81	1.1.82	1.1.83	1.1.84	1.1.85	1.1.86	1.1.87	1.1.88	1.1.89	1.1.90	1.1.91	1.1.92	1.1.93	1.1.94	1.1.95	1.1.96	1.1.97	1.1.98	1.1.99	1.1.100
------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

RESERVADO AO FISCO dc5c 59ed 2baf 4bc2 db79 1d10 fu72 4a0b

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Outubro	5,10	Descrição	Valor (R\$)	%
Novembro	4,94	Consumo de 1 a 31 de novembro	11,75	46,09
Dezembro	4,94	Consumo de 1 a 31 de dezembro	11,75	46,04
Jan. 2020	10	Consumo de 1 a 31 de janeiro	11,75	1,23
Fev. 2020	10	Consumo de 1 a 31 de fevereiro	11,75	0,05
Mar. 2020	2,35	Consumo de 1 a 31 de março	11,75	0,17
Abr. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de abril	2,90	1,03
Mai. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de maio	2,90	1,03
Jun. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de junho	2,90	1,03
Jul. 2020	2,35	Consumo de 1 a 31 de julho	2,90	1,03
Ago. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de agosto	2,90	1,03
Sep. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de setembro	2,90	1,03
Out. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de outubro	2,90	1,03
Nov. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de novembro	2,90	1,03
Dez. 2020	7,74	Consumo de 1 a 31 de dezembro	2,90	1,03

^a Values are means $\pm$ SD.

INDICADORES DE QUALIDADE				
META	MENTAL	APURADO TRIMEST	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (M)
H ₂ O ₂ - grau de fidelidade ao consumo energético	11,30	5,30	77,81	45,24
Vozes que o cliente não ouve nem responde	7,67	1,00	15,34	10,99
Cham. de reclamação de serviços de energia e água	8,19			
Cham. de reclamação de serviços de energia e água	16,80			

ATTENÇÃO

For a paper on this subject, see Energy & the Environment: Addressing Policy Issues, which is the focus of Energy & the Environment (E&E) 02/01/95 5540.

[illegible]

Resumo: Este trabalho tem como objetivo avaliar a influência da utilização de um sistema de gestão de qualidade (SGQ) na melhoria da qualidade dos produtos e serviços oferecidos por uma empresa. Para isso, foram coletados dados de uma pesquisa realizada com 100 funcionários de uma empresa de fabricação de produtos de plástico. Os dados foram analisados por meio de técnicas estatísticas, como a análise de variância (ANOVA) e o teste t. Os resultados indicam que a implementação do SGQ resultou em uma melhoria significativa na qualidade dos produtos e serviços, com uma redução de 15% nas reclamações dos clientes e um aumento de 20% na satisfação dos funcionários. Além disso, a adoção do SGQ também resultou em uma redução de 10% nos custos de produção e em um aumento de 15% na produtividade. Portanto, a implementação de um SGQ é uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade dos produtos e serviços, reduzir os custos e aumentar a produtividade.

RS 80.70
- Livro: 8 reformada e banda 8 MS - Catedral de São Paulo - 1934 - 1935 - 1936 - 1937 - 1938 - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 - 2598 - 2599 - 2600 - 2601 - 2602 - 2603 - 2604 - 2605 - 2606 - 2607 - 2608 - 2609 - 2610 - 261

Daqui, o elemento da primeira fila da sequência $\{a_n\}$ é a soma dos elementos da primeira fila da diagonal imediatamente superior.



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto 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 SA
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 Insu. Est. 16.815.823-0



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 SA				CNPJ 09.095.163/0001-40	
ENDEREÇO BR 236 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO	
DATA DO DOCUMENTO 12/01/2021				NÚMERO 3200320000000189	
Nº DOCUMENTO 000000000-2021-01-0		ESPECIE DS		DATA DO PROCBANAMENTO 12/01/2021	
LANTERNA		17		R\$	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MÍMICA E BANCOS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO CORRIGIDOS 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.				(1) VALOR DO DOCUMENTO 128,50	
				(2) VALOR DA TAXA DE MORA	
				(3) OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(4) VALOR CORRIGIDO	
FUNDOS THYAGO G***** L**** C***** RUA CEL JO** CARN**** S/Nº 1 ANº 58840000				CNPJ 057.8**.*-99 POMBAL (AG: 227)	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/04/2023 11:13:52

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041711135141600000067822109>

Número do documento: 23041711135141600000067822109



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4070-1596 / Outras regiões: 0800 077 17 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Thyago Elaydon 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 056.296.384 / 27

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.296.384 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

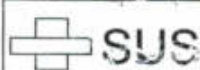
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>	Número: <u>514</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTHYAGO 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





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

PEREIRAO

13 - BAIRRO

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

Fratura

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

Redução 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 MÉDICO)

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 Propetaria - Pexirão - Bomol-PE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Francisco Pereira da Silva
 Filiação: FEI Maria da Conceição
 Sexo: masculino Idade: 33a Cor: Parda
 Procedência: clínica cirúrgica Data: 22/06/2020
 Cirurgião: Dr. José Camimera 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
Nausedron	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

Hospital		Heli Formbul		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade		Sexo	Altura
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Tipos de Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicérina	Ureia	Outros	
	Urina						
Ap. Respiratório	J.M				Asma	Bronquite	
Ap. Circulatório	J.M				Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo	—				Ap. Urinário		
Estado Mental	LTP				Alergia	Hipotensões	
Diagnósticos Pré-Operatório	—				Estado Físico	Risco	
Anestesias Anteriores: —							
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	02						
LÍQUIDO		SAL, SAL					
CÓDIGO P.V. ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO VZ - ANESTESIA - OPERAÇÃO	260	100 100 100					
	240	75 75 75					
	220						
	180						
	160						
	140	100 100 100					
	120						
	100	100 100 100					
	80						
	60						
40							
20							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Sedação com Midazolam 2mg - Lorazepam 5mg - Propofol 80mg						
POSIÇÃO	SOL						
Agentes	Propofol 2g, Desconhecido 10mg, Midazolam 4mg, Apomorfina 2g						
Técnica	Sedação						
Operação	100 100 100 100 100 100						
Cirurgião	Dr. Corneio						
Anestesiologista	Italo Martins Formiga Médico Anestesiologista CRM: 9462						
Observações	Pct cinto e amarrado com o procedimento						
Anotar, no 0, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias							

FOLHA DE ANESTESIA





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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE	Francisco Pereira da Silva	Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO	22/06/20	ENF.	
OPERADOR	Dr. Camargo	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de núcleo dental (E)		
TIPO DE OPERAÇÃO	Osteotomia de núcleo dental (E)		
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	Paciente acinte do Condado da Cratera e risco de complicação de sequelas.		

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

- 1) Paciente em DP H sob anestesia.
- 2) Hemostase e Anticoagulação
- 3) Colocação de pontos de sutura
- 4) Realização da osteotomia e fratura do núcleo dental
- 5) Curativo e imobilização

Dr. José Carlos da Silva





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)

Paciente com trauma em punho (e)

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

Deformidade em punho (e)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

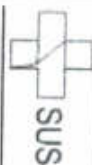
Fratura de rádio distal (e)

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: NADJARA





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)

Endereco: RUA PROJETADA

Bairro: PEREIRAO

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

CNS: 709-1032-2022-1030

CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: NADJARA

Data / Hora: 15/06/2020 12:58:02 N Ficha: 104934 N Prontuario: 39983

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

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

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Paciente foi trazido pelo SAU com relato de acidente auto motovetico (moto) com ferimentos de natureza leve em região de membros (E) e manuseio pelo corpo. Ferimentos encontrados: lesão do local do acidente.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

SAU: Fimona + SKL

RESULTADOS

MATERIAS, MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARATER 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

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
☐ 1 - PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO
☐ 2 - APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL
	☐ RESIDÊNCIA
	☐ ÓBITO
	☐ INTERNAÇÃO
	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

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

DULCIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



Otophobia

Vitima de ataques de ansia
e trauma em Junho 2021

EF. Desembaraço em
Junho 2021

12 de Setembro em
nota de 2000 €
e 500 €

Imobilização

Dr. José Joaquim Neto
Médico e Traumatologia
Nº 1301 TEOT 15253













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
Nº 015766469601
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0089820064-4 DO/00000000 2020
COD. ATRIB. 20200000371904-8
EXERCÍCIO

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 08629638427 PLACA MOI7878/PB

NOVO PB 9C2KD03307R012369

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

QUANTDA/NXRI50 BROS ES ANO FAB. 2006 ANO PRO- 2007

CAR / POT / CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COM FREIO/TRANVANTE PRETA

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

FAIXA / PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/08/2020

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANS. INTERMUNICIPA

POMBAL - PB

14265



19/08/2020

21407

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO - 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 DATA EMISSÃO 2020 19/08/2020

VIA 1 08629638427 CPF / CNPJ PLACA MOI7878/PB

RENAVIA 90898200644 HONDA/NXRI50 BROS ES

ANO FAB. 2006 COT. UNIC. 9 9C2KD03307R012369

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 00000000 DETRAN (R\$) 00000000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00000000 ICF (R\$) 00000000 TOTAL BILHETE/PL. BILHETE (R\$) 00000000

PAGAMENTO 00000000 PARCELADO 00000000 DATA DE OUTRUGA 18/08/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.928.409/0001-94

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 Nº 512
Bairro: Zona Rural Cep: 56640-000 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: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Advogado
Endereço: Rua General João Carneiro Nº 512
Bairro: Centro Cep: 56640-000 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-ALC41182-G08P
Confira o ato em <https://selodigital.tjpb.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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

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 GLAYDSO 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 GLAYDSO 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 GLAYDSO LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

