



Número: **0808414-68.2023.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72591666	02/05/2023 11:49	2882691_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 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220009139

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Data do Acidente: 04/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário apresentar o formulário de Pedido do Seguro DPVAT com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue ao ponto de atendimento onde o seu pedido foi realizado, ou através do endereço eletrônico pendente@seguradoralider.com.br

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro DPVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a documentação solicitada for recebida.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega da documentação no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

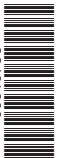
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01569/01570 - carta_25 - INVALIDEZ

00010765





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, 29 de Março de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220009139

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Data do Acidente: 04/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

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: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000388

Conta: 000785466493-6

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.

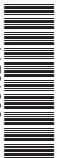
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00487/00488 - carta_15R - INVALIDEZ

00010244





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) OU REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 611/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 654 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURIADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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 3º/4º Digito:

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Aterção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A 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 A 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 nosoturo (nascidos)? ☐ 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 a todos os 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, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

Assinatura da vítima/beneficiário (dec. 41)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:49:34

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211493368700000068438696

Número do documento: 23050211493368700000068438696



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE DE ALIMENTAÇÃO) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) OU REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 611/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 654 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURIADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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 3º/4º Digito:

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Aterção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A 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 A 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 nosoturo (nascituro)? ☐ 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 a todos os 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, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

Assinatura da vítima/beneficiário (decisão)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:49:34

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211493368700000068438696

Número do documento: 23050211493368700000068438696



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00891.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00891.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:18 horas do dia 17 de dezembro de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Andreia Melo de Lima, matrícula 1556568, e lavrado por Alexandre José Nunes do Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Benedita Rodrigues das Neves**, conhecido(a) por Maria, CPF nº 048.683.554-57, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Josefa Luíza da Conceição e Antonio Rodrigues das Neves Neto, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/11/1965 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Massaranduba Costa Pinto, Nº 654, complemento CASA NA QUADRA Nº. 01 NA LOCALIDADE DE MASSILON DO COSMO PINTO, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da C.A.G. S.A./pb., na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Fernando de Lima, nº S/N, Via Pública, Próximo do Frigorífico de Dona Suely, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/20 12:48h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, tipo de veículo MOTOCICLETA, UF: PB, características gerais: Veículo Não Identificado Em Suas Características Principais e Nem o Condutor da Mesma.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA A DECLARANTE QUE QUANDO ESTAVA SAINDO DA CASA DA SUA IRMÃ PARA A SUA RESIDÊNCIA PILOTANDO A SUA BICICLETA NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE BICICLETÍSTICO AO SER ATROPELADO POR UM VEÍCULO DO TIPO MOTOCICLETA QUE COLIDIU COM A PARTE TRASEIRA DO SEU VEÍCULO APÓS ADENTRAR NA VIA DE ROLAMENTO EM QUE ESTAVA A DECLARANTE SEM DAR QUALQUER TIPO DE SINALIZAÇÃO E QUE ESTE VEÍCULO NÃO FOI IDENTIFICADO EM SUAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, SENDO QUE APÓS ESTA COLISÃO, A DECLARANTE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, E QUE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO A DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

Procedimento Policial: 00891.01.2021.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

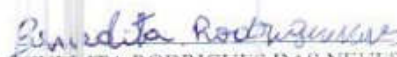


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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

Lucena/PB, 17 de dezembro de 2021.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação


BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES
Noticiante



(Processamento Policial: 00831.01.2021.1.05.101)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTOS) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) OU REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 611/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 654 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURIADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ 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 3º/4º Digito:

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 3612 0 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.

Aterção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A 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 A 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 nosoturo (nascidos)? ☐ 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 a todos os 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, JOÃO PESSOA, 11/02/2022

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:49:34

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211493368700000068438696

Número do documento: 23050211493368700000068438696

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

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

BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1912 **CONTA:** 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/03/2022
NUMERO DO DOCUMENTO:	PAG_8100248
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00388
CONTA: 000785466493

Número da Autenticação

79A83946B4B6F716



REPRESENTAÇÃO FISCAL DAS FIEVES
RUA MARCOS OLIVEIRA, 258 - PINTO, 854 / QUADRA 01 LOTE 09 - CENT
SOLANEA / PR - CEP: 58225000 (AO 44)

CPF/CNPJ RUA: 043 554-57

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classif: RES MTC B1 / Subclasse: ELABORAÇÃO
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 44 - 25 - 4820 HP Medidor: 00008201757



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

001569014-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015690142



VALOR DA FATURA

R\$ 22,46



VENCIMENTO

16/03/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

54kWh

1,84 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa/Tributos	Valor Base Total (R\$)	Calc ICMS (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc PIS/Colm (R\$)	PIS(R\$)Colm(R\$)
0001	Consumo até 30kWh BR	30	0,194070	5,82	0,00	0	0,00	5,82	0,04
0001	Consumo 31 a 100kWh BR	24	0,300700	7,96	0,00	0	0,00	7,96	0,05
0001	Adic. B Amarela			0,33	0,00	0	0,00	0,33	0,00
0010	Subsidio			16,54	0,00	0	0,00	16,54	0,11
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			-15,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	Descont do Subsidio								

Digitizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:49:34
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23050211493368700000068438696>
 Número do documento: 23050211493368700000068438696

04.02.2020

13:52

Barbari vola
5

203. He for him to
the village.

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs.

(Identificação do paciente) _____
 (Identificação do profissional) _____
 (Identificação do local) _____
 (Data) _____
 (Assinatura do profissional) _____
 (Assinatura do paciente) _____
 (Assinatura do responsável) _____
 (Assinatura do enfermeiro) _____
 (Assinatura do médico) _____
 (Assinatura do farmacêutico) _____
 (Assinatura do nutricionista) _____
 (Assinatura do psicólogo) _____
 (Assinatura do assistente social) _____
 (Assinatura do fisioterapeuta) _____
 (Assinatura do fonoaudiólogo) _____
 (Assinatura do dentista) _____
 (Assinatura do enfermeiro) _____
 (Assinatura do médico) _____
 (Assinatura do farmacêutico) _____
 (Assinatura do nutricionista) _____
 (Assinatura do psicólogo) _____
 (Assinatura do assistente social) _____
 (Assinatura do fisioterapeuta) _____
 (Assinatura do fonoaudiólogo) _____
 (Assinatura do dentista) _____

do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

[illegible]

04/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/02/2020
Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES Idade: 054 Nº ATEND: 2099100

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 04/02/2020 HORA: 12:50:24

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE BICICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (X) SIM () NÃO HAS (X) SIM () NÃO
NOS MOTORA (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: CAPITO
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ERGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () TIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

[Handwritten signature]





PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
Município de Campina Grande

Número do Prontuário: 180665

DATA DA CIRURGIA: 10/02/2020

Número do Atendimento: 2099143 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 7 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Atendimento: 2099143

Diagnostico Pré-Operatório: FX RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: THIAGO

Anestesista: MARCILIO

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MSE

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO LONGITUDINAL TERÇO DISTAL PUNHO ESQ, DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS;

5- REDUÇÃO CRUENTA DA FRASTURA;

6. FIXAÇÃO COM PLACA EM T 3,5 MM, PARAFUSOS CORTICAIS E 1 FIO K 2,0, SOB ESCÓPIA

7. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%

8. REVISÃO HEMOSTÁTICA

9. SUTURA

10. CURATIVO

Data 10/02/2020

UNIVERSIDADE
FACULDADE DE MEDICINA
BLOCO DE CIRURGIA

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira



HUECG
FOLHA DE
ANESTESIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2007-08-01

LENTO

14 PRINTING

FOLHA DE ANESTESIA

74512

Benedito da Paes dos Reis

IDAGE

[illegible]

554

CCF

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERÍODO	AP. UROLOGIA	
ESTADO MENTAL			ATRAVANCOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>craniotomia de abcesso do l.c.</i>					ESTADO FÍSICO	R-S-C
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO

AGENTES ANALISTAS SÍNDICOS	OF	50/1000	EDUCAÇÃO		
			Satisf.:	Excit.:	Tosse:
LÍQUIDOS		50/1000	Larinho: esparmo: Lenta:		
			Náuseas: Vômitos:		
			Outros:		
			MANUTENÇÃO		

CÓDIGOS
VP - ANTER. O PULSO O - RESPIRAÇÃO
AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Reflexos na SO _____
Gastr. _____ Co _____ Exor. _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____
Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____
Gastr. _____ Co _____ Exor. _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	1080	1050	1020	990	960	930	900	870	840	810	780	750	720	690	660	630	600	570	540	510	480	450	420	390	360	330	300	270	240	210	180	150	120	90	60	30	0
	1080	1050	1020	990	960	930	900	870	840	810	780	750	720	690	660	630	600	570	540	510	480	450	420	390	360	330	300	270	240	210	180	150	120	90	60	30	0

[illegible][illegible]

AGENTES	Algodão 31, 40, 45, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040, 1050, 1060, 1070, 1080, 1090, 1100, 1110, 1120, 1130, 1140, 1150, 1160, 1170, 1180, 1190, 1200, 1210, 1220, 1230, 1240, 1250, 1260, 1270, 1280, 1290, 1300, 1310, 1320, 1330, 1340, 1350, 1360, 1370, 1380, 1390, 1400, 1410, 1420, 1430, 1440, 1450, 1460, 1470, 1480, 1490, 1500, 1510, 1520, 1530, 1540, 1550, 1560, 1570, 1580, 1590, 1600, 1610, 1620, 1630, 1640, 1650, 1660, 1670, 1680, 1690, 1700, 1710, 1720, 1730, 1740, 1750, 1760, 1770, 1780, 1790, 1800, 1810, 1820, 1830, 1840, 1850, 1860, 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2130, 2140, 2150, 2160, 2170, 2180, 2190, 2200, 2210, 2220, 2230, 2240, 2250, 2260, 2270, 2280, 2290, 2300, 2310, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380, 2390, 2400, 2410, 2420, 2430, 2440, 2450, 2460, 2470, 2480, 2490, 2500, 2510, 2520, 2530, 2540, 2550, 2560, 2570, 2580, 2590, 2600, 2610, 2620, 2630, 2640, 2650, 2660, 2670, 2680, 2690, 2700, 2710, 2720, 2730, 2740, 2750, 2760, 2770, 2780, 2790, 2800, 2810, 2820, 2830, 2840, 2850, 2860, 2870, 2880, 2890, 2900, 2910, 2920, 2930, 2940, 2950, 2960, 2970, 2980, 2990, 3000, 3010, 3020, 3030, 3040, 3050, 3060, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3150, 3160, 3170, 3180, 3190, 3200, 3210, 3220, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290, 3300, 3310, 3320, 3330, 3340, 3350, 3360, 3370, 3380, 3390, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440, 3450, 3460, 3470, 3480, 3490, 3500, 3510, 3520, 3530, 3540, 3550, 3560, 3570, 3580, 3590, 3600, 3610, 3620, 3630, 3640, 3650, 3660, 3670, 3680, 3690, 3700, 3710, 3720, 3730, 3740, 3750, 3760, 3770, 3780, 3790, 3800, 3810, 3820, 3830, 3840, 3850, 3860, 3870, 3880, 3890, 3900, 3910, 3920, 3930, 3940, 3950, 3960, 3970, 3980, 3990, 4000, 4010, 4020, 4030, 4040, 4050, 4060, 4070, 4080, 4090, 4100, 4110, 4120, 4130, 4140, 4150, 4160, 4170, 4180, 4190, 4200, 4210, 4220, 4230, 4240, 4250, 4260, 4270, 4280, 4290, 4300, 4310, 4320, 4330, 4340, 4350, 4360, 4370, 4380, 4390, 4400, 4410, 4420, 4430, 4440, 4450, 4460, 4470, 4480, 4490, 4500, 4510, 4520, 4530, 4540, 4550, 4560, 4570, 4580, 4590, 4600, 4610, 4620, 4630, 4640, 4650, 4660, 4670, 4680, 4690, 4700, 4710, 4720, 4730, 4740, 4750, 4760, 4770, 4780, 4790, 4800, 4810, 4820, 4830, 4840, 4850, 4860, 4870, 4880, 4890, 4900, 4910, 4920, 4930, 4940, 4950, 4960, 4970, 4980, 4990, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040, 5050, 5060, 5070, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120, 5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200, 5210, 5220, 5230, 5240, 5250, 5260, 5270, 5280, 5290, 5300, 5310, 5320, 5330, 5340, 5350, 5360, 5370, 5380, 5390, 5400, 5410, 5420, 5430, 5440, 5450, 5460, 5470, 5480, 5490, 5500, 5510, 5520, 5530, 5540, 5550, 5560, 5570, 5580, 5590, 5600, 5610, 5620, 5630, 5640, 5650, 5660, 5670, 5680, 5690, 5700, 5710, 5720, 5730, 5740, 5750, 5760, 5770, 5780, 5790, 5800, 5810, 5820, 5830, 5840, 5850, 5860, 5870, 5880, 5890, 5900, 5910, 5920, 5930, 5940, 5950, 5960, 5970, 5980, 5990, 6000, 6010, 6020, 6030, 6040, 6050, 6060, 6070, 6080, 6090, 6100, 6110, 6120, 6130, 6140, 6150, 6160, 6170, 6180, 6190, 6200, 6210, 6220, 6230, 6240, 6250, 6260, 6270, 6280, 6290, 6300, 6310, 6320, 6330, 6340, 6350, 6360, 6370, 6380, 6390, 6400, 6410, 6420, 6430, 6440, 6450, 6460, 6470, 6480, 6490, 6500, 6510, 6520, 6530, 6540, 6550, 6560, 6570, 6580, 6590, 6600, 6610, 6620, 6630, 6640, 6650, 6660, 6670, 6680, 6690, 6700, 6710, 6720, 6730, 6740, 6750, 6760, 6770, 6780, 6790, 6800, 6810, 6820, 6830, 6840, 6850, 6860, 6870, 6880, 6890, 6900, 6910, 6920, 6930, 6940, 6950, 6960, 6970, 698
---------	---

[illegible]

OPERAÇÃO	Revisão + processo completo para novo produto
----------	---

Observações	
-------------	--

ANCIAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATORIAS E	PERDA SANGÜEA
--	---------------

POS-OPERATORIAL

PERDA SANGUINEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Benedita Rodrigues das Neves D.M. 08.11.1963

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

CIRURGIA T.T.O. Cirurgião: *Dr. Evandro - Dr. Ricardo*

ANESTESIA *Dr. Marcelino*

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO F.M.

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalina amp	01	Bolsa Comstoma	Qtd.	Calgut cromado Sertix	
Atropina amp		Calot. p. Oxp		Calgut cromado Sertix	
Diazepam amp	25	Calot. De Unnar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
Dimore amp		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
Desclina amp	1/1000000	Compressa Pequena		Calgut Simples	
Efrane ml	1/1000000	Cotonoides		Calgut Simples Sertix	
Fenegan amp		Dreno		Calgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix	
Hesal ml	0.2	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
Ketalar ml	01	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
Mercurina 1/2 ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Notahin amp		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Pavulon amp		Equipo de Sangue		io de Algodrão Sertix	
Proglamine amp	0.5	Equipo de PVC		io de Algodrão Sertix	
Propoxido 1/1000000	0.5	Espiracraço Largo cm		io de Algodrão Sutupak	
Quinich ml	0.5	Furacim ml		io de Algodrão Sutupak	
Rapifen amp		Gase Parcote c/ 10 unidades		ria cardíaca	
Thionembutal ml		H.O. ml	09	Mononylon 2.0	
Trachium amp		Intracath Adulto		Mononylon	
		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
		Luvas 7.0		icryl Sertix	
		Luvas 7.5		icryl Sertix	
		Luvas 8.0		icryl Sertix	
		Luvas 8.5		icryl Sertix	
		Luvas 9.5		icryl Sertix	
		Oxigenio 1/1000000		icryl Sertix	
		Polifix		icryl Sertix	
		PVP Degemante ml		icryl Sertix	
		PVP Tópico ml		icryl Sertix	
		Sabão Antiséptico		icryl Sertix	
		Saco celotor		icryl Sertix	
		Seringa desc. 10 ml		icryl Sertix	
		Seringa desc. 20 ml		icryl Sertix	
		Seringa desc. 05 ml		icryl Sertix	
		Sonda		icryl Sertix	
		Sonda Foley		icryl Sertix	
		Sonda Nasogástrica		icryl Sertix	
		Sonda Uretral n°		icryl Sertix	
		Sterychem ml		icryl Sertix	
		Torneirinha		icryl Sertix	
		Vaselina ml		icryl Sertix	
		Geison 18		icryl Sertix	
		Látex		icryl Sertix	

Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS
04	Água Destilada amp	02	SG Normotérmico fr 500 ml
01	Deradron amp	02	SG Gelado fr 500 ml
02	Diprona amp	01	SG Hipertérmico fr 500 ml
05	Flavicol amp	01	SG Ringz fr 500 ml
05	Flebocort amp	03	SG fr 500 ml
05	Geramicina amp		
3.0	Glicose amp		
0.5	Glucon de Cálcio amp		
0.5	Haemacel ml		
0.5	Heparema ml		
0.5	Kanakion amp		
0.5	Laxa amp		
0.5	Medrotrinazol		
0.5	Plasi amp		
0.5	Prolamina		
0.5	Reivian amp		
0.5	Stuplinon amp		
0.5	Cefapina 1g		

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Agulha desc. 25 x 7	01	MPA 2.5
02	Agulha desc. 26 x 25	01	MPA 2.5
02	Agulha desc. 3 x 4.5	01	MPA 2.5
02	Agulha p. raque n°	01	MPA 2.5
02	Alcool de Enfermagem	01	MPA 2.5
02	Alcool iodado ml	01	MPA 2.5
02	Ataduras de Crepon	01	MPA 2.5
02	Ataduras de Gessada	01	MPA 2.5
02	Azul metileno amp	01	MPA 2.5
02	Benzina ml	01	MPA 2.5

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/05/2023 11:49:34

Num. 72591666 - Pág. 15



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Benedita Rodrigues dos Santos	Idade:	64 A
Convênio:	Sus	Data:	10/02/20
Procedimento:	Tret. Cirurgica e / fixação de fratura de Rádio distal		
Cirurgião:	Dr. Crebani	Auxiliar:	Dr. Ricardo
		Anestesista:	Dr. Marcelo
Início:	09h:50	Término:	10:50
		Anestesia:	Fraquela de Alcool

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circu ante



11/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.268/0008-52
Av. Mal. Floriano Pessoa, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP 58412-909 Data: 11/02/2020
Balefina de Emergência (BUE) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
Município de Campina Grande

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Data da Alta: 11/02/2020

Registro: 2099143

Tempo de Permanência: -18297

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: PESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Medicações para Casa: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, ATESTADO MÉDICO, PESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/02/2020

Assinatura: 
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

htcgc/impresumoalta.php?contar=2099143

1/1

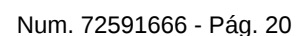




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Benedicta Rodrigues dos Santos</u>	Idade: <u>54 A</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>10/02/20</u>
Procedimento: <u>Tret. Cirurgico e/fixação de fratura de Rádio distal</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Erickson</u>	Auxiliar: <u>Dr. Ricardo</u>
	Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>
Início: <u>09h:50</u>	Término: <u>10:50</u>
	Anestesia: <u>Brogueira de P. 2.0</u>

[illegible][illegible][illegible]



11/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO MUNICÍPIO DE GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.771.658/0001-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809
Data: 11-02-2020



PARAÍBA
Governo do Estado

Nome: Wagner Luiz Egito de Araujo



PARAÍBA
Município de Gonzaga Fernandes

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: BENEDITA RODRIGUES DA SNEVES

Data da Internação: 04/02/2020

Data da Alta: 11/02/2020

Registro: 2099143

Tempo de Permanência: -18297

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 10/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: PESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Medicações para Casa: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, ATESTADO MÉDICO, PESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 6/6H PO 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/02/2020

Assinatura: 
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DA DEFESA NACIONAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

2.121.582 - 2 VIA
BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

DATA DE EMISSÃO 18/06/2010

FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES DAS NEVES NETO
JOSEFA LUISA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB

DOC ORIGEM NASC.N.16220 PLS.058V LIV.A-15

CARTÃO SOLÂNEA-PB.

CPF 048.683.554-57

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO DA DEFESA NACIONAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DI. 235

CARTÃO DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220009139 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES **Data do acidente:** 04/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.4
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS 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: X

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: 3220009139 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES **Data do acidente:** 04/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.4
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005636/22

Vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

CPF: 048.683.554-57

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BENEDITA RODRIGUES
DAS NEVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES : 048.683.554-57

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: 11/02/2022
Nome: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES
CPF: 048.683.554-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2022
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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: 048.683.554-57 4 - Nome completo da vítima: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: BENEDITA RODRIGUES DAS NEVES 6 - CPF: 048.683.554-57
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MASSARANDUBA COSTA PINTO 9 - Número: 654 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SOLANEA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58225-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 988056654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: 0388 CONTA: 785466493 6

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOLANEA, 21/03/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

