

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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

Carta nº 16847737



Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210147476 Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido , pois não foi entregue.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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

Carta nº 16863297



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

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

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

031-207-524-36

Francisco de Assis Santos Oliveira

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 DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

031-207-524-36

APOSENTADO

RUA CORDEIRO COSTA ROMEN

510

-

SANTO ANA

POMBAL

PB

38840-000

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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 20344

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (v.nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MARCUS VINÍCIUS ALMEIDA SOUSA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

310.556.484-37

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Marcus Vinícius Almeida Sousa

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

38 - 1ª | Nome: Isaciane Almeida dos Santos

CPF: 112.989.594-70

x Isaciane Almeida dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Willton Silva Medeiros

CPF: 116.349.694-48

x Willton Silva Medeiros

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pombal - PB, 03 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



6036
603689 0010 71085 3136
FRANCISCO A S OLIVEIRA

VALID THRU 10/24
0732 013 00020344-2



mastercard

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:
321014746

3 - CPF da vítima:
031.207.624-36

4 - Nome completo da vítima:
FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:
FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

6 - CPF:
031.207.624-36

7 - Profissão:
APOSENTADO

8 - Endereço:
RUA DORIVAL COSTA ROMEU

9 - Número:
S/N

10 - Complemento:
-

11 - Bairro:
SANTO AMARO

12 - Cidade:
POMBAL

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
68840-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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 1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0732**

CONTA: **20344**

2

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.

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) ☐ 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 (ver 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.

MARCUS VINÍCIUS ALMEIDA SOUSA

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

110.556.484-37

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

Marcus Vinicius Almeida Sousa

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

38 - 1ª Nome: **LORRANE ALMEIDA DOS SANTOS**

CPF: **112.989.694-70**

Lorrane Almeida dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: **WILTON SILVA MEDEIROS**

CPF: **116.349.694-48**

Wilton Silva Medeiros

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **POMBAL - PB, EM 20 DE AGOSTO DE 2021.**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 119/2021

Aos DEZESSEIS dias de Março (03) de DOIS MIL E VINTE E UM (2021), nesta cidade de POMBAL/PB, na 2ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Polícia Civil Dr(a). José Aroldo Assis de Queiroga, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:15 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA, conhecido(a) por //, Identidade nº 2428312 SSP/PB, CPF nº 031.207.524-36, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: aposentado, filho(a) de Francisco da Silva Oliveira e de Djanira dos Santos Oliveira, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 16/12/1970, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dorgival Costa Romeu, s/n, Santo Amaro, Centro tendo como ponto de referência: //, na cidade de Pombal/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (DPVAT);
- 2) **Data do Fato:** 06/12/2020;
- 3) **Horário do fato:** 15h:30min;
- 4) **Local do fato:** Na BR-230, Próximo ao SEMAR, Pombal/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** Não;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias no momento do acidente?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

VEÍCULO 01) Tipo de veículo: MOTOCICLETA; Marca: HONDA; Modelo: CG 150 TITAN ; Placa: OFD4G36/PB; cor: VERMELHA; licenciado em nome de: MARIA TEREZA LOURENÇO DE SOUSA

7) Breve resumo do fato:

Que afirma o comunicante na data, local e horário descritos acima, envolveu-se num acidente automobilístico; Que o comunicante afirma que estava pilotando sua motocicleta em velocidade compatível com a via, quando num determinado momento perdeu o controle desceu num barranco, vindo a cair da motocicleta; Que o declarante fora socorrido pelo SAMU e levado até o Hospital Regional de Pombal/PB, e depois transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, e chegando lá fora constatado um corte na cabeça e no braço direito, e escoriações pelo corpo; Nada mais disse.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

QUE DESEJA CERTIDÃO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

VITIMA/COMUNICANTE: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.536-8

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRICTAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª e 2ª DD

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210147476

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): R DORGIVAL DA COSTA ROMEUV, 0, , Pombal/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 2428312

Data e local do acidente: 06/12/2020 - Pombal/PB

Data e local do exame: 26/08/2021 - Pombal/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -6.77129 , longitude: -37.79773

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO DIA 06/12/2020 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. A MESMA APRESENTAVA UM QUADRO DE ESCALPELAMENTO DE 60% DO COURO CABELUDO, ENCAMINHADO AO HOSPITAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE FOI AVALIADO POR EQUIPE MÉDICA MULTIDISCIPLINAR, REALIZADA TOMOGRAFIA DO CRÂNIO QUE NÃO EVIDENCIARA ALTERAÇÕES INTRAPARENQUIMATOSAS, FEZ USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico sem alterações.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

031-207-524-36

Francisco de Assis Santos Oliveira

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 DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

031-207-524-36

APOSENTADO

RUA CORDEIRO COSTA ROMEN

510

-

SANTO ANA

POMBAL

PB

38840-000

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 (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 20344

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (v.nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MARCUS VINÍCIUS ALMEIDA SOUSA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

310.556.484-37

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Marcus Vinícius Almeida Sousa

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

38 - 1ª | Nome: Isaciane Almeida dos Santos

CPF: 112.989.594-70

x Isaciane Almeida dos Santos

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Willton Silva Medeiros

CPF: 116.349.694-48

x Willton Silva Medeiros

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pombal - PB, 03 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA
RUA DORIVAL COSTA ROMEU S/N - STO AMARO
POMBAL - PE CEP 55840000 (AG 227)

CPF/CNPJ/RAN: 031.207.524-36

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Carga MONOFÁSICA
Potência 18 x 227 x 155 x 2290 NF Medidor 00008520613



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1616343-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 0001616343



VALOR DA FATURA

R\$ 115,79



VENCIMENTO

01/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

130kWh

4,48 kWh

120 kWh

120 kWh

120 kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Fev/21 R\$ 10,00
Jan/21 R\$ 10,00

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa	Valor Base	Impostos	Outros	Total	Valor Base	Impostos	Outros	Total
				(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0601	Consumo em kWh	130	0,850330	104,04	104,04	27	28,09	76,00	0,51	2,3	2,3
0601	Adic. B Amarela			2,49	2,49	27	0,67	1,69	0,01	0,0	0,0
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

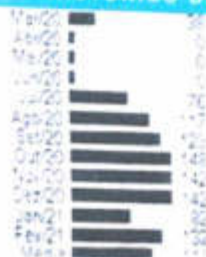
CC: Código de Classificação do Item
Tarifa e Tributos 0.562110

TOTAL: 115,79 106,52 28,70 79,78 0,52 2,43

RESERVADO AO FISCO

63e6.e2f3.d086.cebe.e8eb.e336.a97f.b2c4.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 24/02/21 12127
Atual 25/03/21 12257
Consumo 130 kWh
Período 29 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PE	28,09	24,26
Compra de Energia	76,00	65,64
Serviço de Transmissão	1,69	1,46
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	115,79	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 1/2021): R\$ 26,20

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA
RUA DORIVAL COSTA ROMEU S/N - STO AMARO
POMBAL - PE CEP 55840000 (AG 227)

CPF/CNPJ/RAN: 031.207.524-36

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO | Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 | Subclasse RESIDENCIAL
Carga MONOFÁSICA
Potência 18 x 227 x 155 x 2290 NF Medidor 00008520613



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1616343-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 0001616343



VALOR DA FATURA

R\$ 115,79



VENCIMENTO

01/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

130kWh

4,48 kWh

120 kWh

120 kWh

120 kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Fev/21 R\$ 10,00
Jan/21 R\$ 10,00

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa	Valor Base	Impostos	Outros	Total	Valor Base	Impostos	Outros	Total
				(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0601	Consumo em kWh	130	0,850330	104,04	104,04	27	28,09	76,00	0,51	2,3	2,3
0601	Adic. B Amarela			2,49	2,49	27	0,67	1,89	0,01	0,0	0,0
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item
Tarifa e Tributos 0.562110

TOTAL: 115,79 106,52 28,70 79,78 0,52 2,43

RESERVADO AO FISCO

63e6.e2f3.d086.cebe.e8eb.e336.a97f.b2c4.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 24/02/21	12127
Atual 25/03/21	12257
Consumo	130 kWh
Período	29 dias
Constante do medidor	1

PRÓXIMA LEITURA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PE	76,00	65,66
Compra de Energia	104,04	90,32
Serviço de Transmissão	2,49	2,15
Encargos Setoriais	0,67	0,58
Impostos Diretos e Encargos	1,89	1,63
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	115,79	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 1/2021): R\$ 26,20



Cls/Sbc:RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICA
Roteiro: 16-0227-155-4360 Medidor:00008589631



 VALOR DA FATURA **R\$ 31,21**
 VENCIMENTO **26/06/2021**



CCI: Código de Classificação do Item	Total:	31,21	0,00	0,00	44,90	0,29	1,37
---	---------------	-------	------	------	-------	------	------

* Faturamento pela média/mínimo

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Declaração do Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora verificados no ano de 2020 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

- Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002;

- Para preservar sua saúde, a Energia está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energia ON e WhatsApp

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,41

- Exclusão do ICMS pago na base de cálculo do PIS/COFINS, conforme Solução de Consulta Intema COSIT nº 13/2018 da Receita Federal. O percentual de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento esse mês será de (- 01,6591%);

- Leitura confirmada

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 062.898.708 - Emissão: 26/04/2021



Ganhe mais facilidade pagando com o PIX!

Use seu app de pagamento favorito, escolha "pagar com PIX" e leia o código ao lado.

Quer mais facilidade?
Abra sua Conta Voltz - Energisa e tenha vantagens
exclusivas!

Entenda melhor em contavoltz.com/pix

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/05/2021				
PAGADOR:MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA CNPJ/CPF: 110.556.484-37				
RUA JOAO PACIFICO DE SOUSA S/N TERREO - RUI CARNEIRO - POMBAL / PB - CEP 58840000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260030296882	1660118-2021-04-5	26/06/2021	31,21	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			09.095.183/0001-40	
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson Leite Carneiro

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

Francisco de Assis Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.207.524 / 36,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco de Assis Santos Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.614.794 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>	Número: <u>512</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTYAGO.CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>		CEP: <u>58840-000</u>
		Tel.(DDD): <u>(33) 99660-7071</u>

Local e Data: Pombal, 03 de maio de 2021



Assinatura do Declarante

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson Leite Carneiro

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

Francisco de Assis Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.207.524 / 36,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco de Assis Santos Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.614.794 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>	Número: <u>512</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>58840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(33) 99660-7071</u>

Local e Data: Pombal, 03 de maio de 2021



Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson Leit Corrêas

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

Francisco de Assis Santa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.207.524 / 36

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima Francisco de Assis Santa Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.207.524 / 36, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, 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:	—
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Pombal</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>58240-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(63) 99957-5527</u>

Local e Data: Pombal, 01 de Junho de 2021.

Thyago Glaydson L. Corrêas
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 12.01.2

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: <u>02.03.2024</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>192</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>30 anos, Lucas Santos</u>	IDADE: <u>30</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Rua 123</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE: <u>Urgência</u>		RESPONSÁVEL: <u>Lucas Santos</u>	FUNÇÃO: <u>Atendente</u>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ EMERGÊNCIA ☐ OUTRO				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: <u>Urgência</u> RESPONSÁVEL: <u>Lucas Santos</u> FUNÇÃO: <u>Atendente</u>				
APOIO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☒ URGÊNCIA ☐ CAPTAN ☐ STTIANS ☐ OUTRO				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ SOCORRIDO PELO 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):

Exame físico: normal

DADOS VITAIS:

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

P.A.: 120 X 80 FC: 77 FR: 18 TEMP: 36,5 PC - HGT: 1,74 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Observar sinais vitais, Ausc, monitorização

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Recebeu o paciente em estado de alerta. Exame físico normal. Ausc. normal. Sinais vitais estáveis. Realizou curativo no local da lesão.

Procedimentos realizados: curativo, monitorização. Tudo dentro da normalidade.

Assinatura: [Assinatura]Assinatura: [Assinatura]

ESTADO DA PARAÍB/ SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268/0104-03

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL JOAO LEITE

POMBAL

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Mae: DJANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nascimento: 16/12/1970 Idade: 49 Cor: >ARDA Sexo: M

Profissao: APOSENTADO(A)

Endereco: DORGIVAL COSTA ROMEL

Num.: SANTO AMARO

Forne: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Identidade: 2428312

CNS: 200-5579-5808-0008

Reg. Masc.: Recepcionista: NADJARA

CPF: 06/12/2020 15:47:04 N Fich: 111451 N Prontuario: 6994

Data / Hora: ATENDIMENTO DE URGENCIA

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

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

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

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo Ass. Wellington M. Ribeiro

Médico / Crm / Cns

DUILIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: Francisco de Amor Santos Oliveira

Atesto para os devidos fins
que o citado paciente foi vítima de
ocidente/queda de moto em 06/12/2020,
terido o mesmo apresentando quadro
de escaldamento de aproximadamente
60% do couro cabeludo, com trauma-
tismo craniano grave, sendo o mesmo
encaminhado ao serviço de neuro-ci-
rurgia em Comina Grande.

grato:

Duílio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404734

Data: 19/04/2021

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

+ Lencor 600mg
em 10 dias de uso

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM _____ UF _____ Nº _____
Endereço: _____
Cidade: _____

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000000744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Francisco de Amor Santa Clara
Endereço: Santos Amaro - Pombal

Prescrição:

PARO _____ em
em cp de 8/8hr

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



DADOS DO PACIENTE :

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

RECEITUÁRIO

1) FLANCOX 300 MG 01 CAIXA

TOMAR 01 CP VO DE 12 EM 12 HS

CAMPINA GRANDE - PB 07/12/2020

Médico: Marcos Wagner De Sousa Porto

[Handwritten signature and stamp]

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data da Internação: 06/12/2020

Data da Alta: 07/12/2020

Registro: 2287685

Tempo de Permanência: -18603

Diagnóstico Inicial: TRAUMATISMO INTRACRANIANO

Diagnóstico Final:

Data:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TCE E COM BOA EVOLUÇÃO

Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E RETORNAR AO HOSPITAL SE NECESSÁRIO FOR

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/12/2020

Assinatura/Carimbo
Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcos Wagner De Sousa Porto


Carimbo: 07/12/2020



CNES: 2592568 CNPJ: 06.778.268/0104-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDERECO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Mae: DIANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nascimento: 16/12/1970 Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M

Profissao: APOSENTADO(A)

Endereco: DORIVAL COSTA ROMEL

Bairro: SANTO AMARO

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

CNS: 200-5579-5808-0008 Reg. Masc: Identidade: 2428312

CPF: Data / Hora: 06/12/2020 15:47:04 N Fichar: 111451 N Prontuario: 6994

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

SPO: FC: 74 HGT: 164 GESTANTE: SIM () NAO () SEMANAS

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

CPD: 500ml de Soro Físico 16/38
Hemograma (Soro) 16/38
Tuberculose 16/38
HIV 16/38
IFG 16/38
CARÁTER DO ATENDIMENTO
01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	0	0	0	2	9
2 -										
3 -		2	2		5	1		2	5	

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbado Helton M. Ribeiro

Médico / Cmm / Cns
DULIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 1111-1111-1111-1111
CRM-PB 10.273

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
Polígar Direto

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

SUS



ESTADO DA PARAÍBA / SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNE/S 2592568 CNPJ 06.776.268/0004-03

NOME HOSPITAL REGIONAL POMBAI SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE POMBAI ESTADO PARAIBA UF: 25

Paciente FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Mae: DJANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA
Nascimento: 16/12/1970 Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: APOSENTADO(A)

Endereço: DORIVAL COSTA ROMEI

Bairro: SANTO AMARO

Cidade: POMBAI - PB - 58640-000 - 2512101

CNS: 200-5579-5808-0008

Reg. Nasc:

Identidade: 2428312

Num.:
Fone:

CPF: 06/12/2020 15:47:04 N Ficha: 111491

Data / Hora: 06/12/2020 15:47:04 N Ficha: 111491 N Pronto: 6994

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

SPO: 381 FC: 72 HGT: 169 GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

SOLUÇÃO INJEÇÃO 16/38
TÉRCIO 16/38
ALCOOL 16/38
TRAVA 16/38

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

VLE

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO		
	1. PRESCRITA	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA
2. APLICADA		OUTRO HOSPITAL	ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	0	0	2	9
2 -									
3 -		2	2		5	1		2	5

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbado

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbado

Médico / C/m / C/s

DUILIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 12.01.2

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA: <u>08.03.2024</u>	OCCORRÊNCIA Nº: <u>192</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>30 ANOS - FEMEA - 2024</u>	IDADE: <u>30</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCCORRÊNCIA: <u>P. 192</u>		BAIRRO: <u>P. 192</u>	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE: <u>192</u>		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO: <u>192</u>	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ EMERGENCIA ☐ OUTRO				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL		RESPONSÁVEL	FUNÇÃO	
APOIO LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☒ 192 ☐ CAPTAN ☐ STTIRANS ☐ OUTRO				
OCCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
☐ ATENDIMENTO NO QTH ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ SOCORRIDO PELO 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):

Exame clínico: normal

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☒ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
 P.A.: X FC: 27 FR: 19 TEMP: 36,4 PC - HGT: 1,74 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Obs: não houve intervenção de enfermagem

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Re: paciente em estado de bem-estar. Exame clínico normal. Apresentando sinais vitais estáveis, respirando normalmente. Não apresenta mais sintomas.

Assinatura: enfermeiro para o HCPAssinatura do HCP

ESTADO DA PARAÍB/ SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268/0104-03

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL JOAO LEITE

POMBAL

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Mae: DJANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Nascimento: 16/12/1970 Idade: 49 Cor: >ARDA Sexo: M

Profissao: APOSENTADO(A)

Endereco: DORGIVAL COSTA ROMEL

Num.: SANTO AMARO

Forne: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Identidade: 2428312

CNS: 200-5579-5808-0008

Reg. Masc.: Recepcionista: NADJARA

CPF: 06/12/2020 15:47:04 N Fich: 111451 N Prontuario: 6994

Data / Hora: ATENDIMENTO DE URGENCIA

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

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

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

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	0	0	2	9
2 -									
3 -		2	2		5	1		2	5

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo Ass. Wellington M. Ribeiro

CHIRURGIA GERAL

CRM-PB 10.273

CRM-PB 23.080

Médico / Crm / Cns

DUILIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: Francisco de Amor Santos Oliveira

Atesto para os devidos fins
que o citado paciente foi vítima de
ocidente/queda de moto em 06/12/2020,
terido o mesmo apresentando quadro
de escaldamento de aproximadamente
60% do couro cabeludo, com trauma-
tismo craniano grave, sendo o mesmo
encaminhado ao serviço de neuro-ci-
rurgia em Comina Grande.

grato:

Duílio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404734

Data: 19/04/2021

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço: _____

Cidade: _____

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

+ Lencor 600mg

em 10 dias de uso

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM _____ UF _____ Nº _____
Endereço: _____
Cidade: _____

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Duilio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000000744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Francisco de Amor Santa Clara
Endereço: Santos Amaro - Pombal

Prescrição:

PARO _____ em
em cp de 8/8hr

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



DADOS DO PACIENTE :

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

RECEITUÁRIO

1) FLANCOX 300 MG 01 CAIXA

TOMAR 01 CP VO DE 12 EM 12 HS

CAMPINA GRANDE - PB 07/12/2020

Médico: Marcos Wagner De Sousa Porto

[Handwritten signature and stamp]

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Data da Internação: 06/12/2020

Data da Alta: 07/12/2020

Registro: 2287685

Tempo de Permanência: -18603

Diagnóstico Inicial: TRAUMATISMO INTRACRANIANO

Diagnóstico Final:

Data:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TCE E COM BOA EVOLUÇÃO

Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E RETORNAR AO HOSPITAL SE NECESSÁRIO FOR

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/12/2020

Assinatura/Carimbo
Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcos Wagner De Sousa Porto


Carimbo: 07/12/2020

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2 428 312 - 2ª VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/08/2019

NOME

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO

FRANCISCO DA SILVA OLIVEIRA
DJANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE

POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO

16/12/1970

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº48.095 - LIV.A-127 - FLS.63 - CARTORIO POMBAL-PB

CPF

031.207.524-36

Idoso Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR
Adão Pereira Furtado

Carimbo do Cartório de Registro Civil
LIV. A-127 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-235



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DOUTILUAR

CARTeira DE IDENTIDADE

1997-2000 - 1998

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2 428 312 - 2ª VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/08/2019

NOME

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO

FRANCISCO DA SILVA OLIVEIRA
DJANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE

POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO

16/12/1970

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº48.095 - LIV.A-127 - FLS.63 - CARTORIO POMBAL-PB

CPF

031.207.524-36

Idoso Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR
Adão Pereira Furtado

Cartório de Registro de Imóveis
LIV. 127 - FLS. 63 - 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-235



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

1997-2000 - 2000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA E SEGURANCA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

1854235781

PROIBIDO PLASTIFICAR

1854235781

NOME

MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF

4056725 SSOS PB

CPF

110.556.484-37

DATA NASCIMENTO

29/07/1995

Função

JOAO BATISTA ROQUE DE SOUSA
LEILA GEAN ALMEIDA DOS SANTOS SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CATIAH

AB

Nº REGISTRO

07423880570

VALIDADE

23/10/2024

1ª HABILITAÇÃO

20/02/2020

OCUPAÇÕES

EAR;

Assinatura do Portador

Marcus Vinicius Almeida Sousa

LOCAL

POMBAL, PB

DATA EMISSÃO

22/02/2021

Assinatura do Emissor

75767800723
PB042479908

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 015313010194

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

62600507880

ENT 20200900001811-6

1 0098422597-5 00/00000000

MARIA TERESA LOURENÇO DE SOUSA
R ANTONIO M G FERREIRA 95 CASA
VILA NOVA
58840000 FOMBAL-PB

10622528459 05D4636/PB

CACIO CAVALCANTE FORMIGA

9C2PC1660CR557638

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLID ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2012 2012

2 P/149 /CI EARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

U-Motor : KCL1660557638

FOMBAL-PB 08/10/2020

31623

40886

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 015313010194

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

62600507880

1 0098422597-5 00/00000000 2020

MARIA TERESA LOURENÇO DE SOUSA

10622528459 05D4636/PB

05D4636/PB 9C2PC1660CR557638

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLID ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2012 2012

2 P/149 /CI EARTIC VERMELHA

1	IPVA	00/00/0000	1º
2	ICMS	00/00/0000	2º
3	ITR	00/00/0000	3º

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

FOMBAL-PB 08/10/2020

31623

40886

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUAS CARGAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015313010194

BILHETE DE SE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1264

1	10622528459	2020	0
2	00434226975	HONDA/CG 150 TITAN	2012
3	9C2PC1660CR557638	2012	9

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS/PASEP	DESEMPENHO	CUSTO
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	SEGURO	P A
*****	*****	*****

COISA ÚNICA PAGAMENTO ☐ PARCELADO 08/1

SEGURADORA LÍDER - DPV

CNPJ 09.248.808/0001-01

40886-1051219-2020100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210147476 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO DIA 06/12/2020 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. A MESMA APRESENTAVA UM QUADRO DE ESCALPELAMENTO DE 60% DO COURO CABELUDO, ENCAMINHADO AO HOSPITAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE FOI AVALIADO POR EQUIPE MÉDICA MULTIDISCIPLINAR, REALIZADA TOMOGRAFIA DO CRÂNIO QUE NÃO EVIDENCIARA ALTERAÇÕES INTRAPARENQUIMATOSAS, FEZ USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 26/08/2021

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210147476 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO DIA 06/12/2020 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. A MESMA APRESENTAVA UM QUADRO DE ESCALPELAMENTO DE 60% DO COURO CABELUDO, ENCAMINHADO AO HOSPITAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE FOI AVALIADO POR EQUIPE MÉDICA MULTIDISCIPLINAR, REALIZADA TOMOGRAFIA DO CRÂNIO QUE NÃO EVIDENCIARA ALTERAÇÕES INTRAPARENQUIMATOSAS, FEZ USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 26/08/2021

Conduta mantida:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210147476 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. (P.3,7)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(P.7)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM P.2 /
X(3)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210147476 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/12/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. (P.3,7)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.(P.7)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM P.2 /
X(3)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco de Assis Santos Oliveira
RG: 24.283.17 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 031.207.524-36
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Aposentado
Endereço: Rua Dargival Costa Pombal Nº 510
Bairro: Santa Amara Cep: 58340-000 Cidade/UF: Pombal/PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Thiago Gleydson Leit. Carneiro
RG: 2.897.048 Orgão Emissor: SSP CPF: 057.814.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro Nº 510
Bairro: Centro Cep: 58340-000 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

Vítima: Francisco de Assis Santos Oliveira CPF: 031.207.524-36
Data do Acidente: 06/12/2020 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Por não ser alfabetizado (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: Marcus Viricinus Almeida Sousa
RG: 4056725 Orgão Emissor: SSDS CPF: 110.556.484-37
Endereço: Rua João Bezerra de Sousa Nº 238
Bairro: Santa Amara Cep: 58340-000 Cidade/UF: Pombal/PB

** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Pombal - PB 19 de Março de 2021
Local e Data

Marcus Viricinus Almeida Sousa
Assinante à Rogo

Testemunha 1:

Leandro Almeida dos Santos
CPF: 112.989.594-70
Local e Data: Pombal - PB 19/03/2021

Testemunha 2:

Wilton Silva Medeiros
CPF: 116.399.699-48
Local e Data: Pombal - PB 19/03/2021



CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de LOPRANE ALMEIDA DOS SANTOS Em test. de verdade Dn. f. POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal (A) 155757-1 (BXD)
Confira o ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLIM R\$ 12,56 FARDEN R\$ 0,31 (F.P.) R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOC. ENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA Em test. de verdade Dn. f. POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal (A) 155758-NWM7
Confira o ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLIM R\$ 12,56 FARDEN R\$ 0,31 (F.P.) R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOC. ENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de WILYON SILVA MEDEIROS Em test. de verdade Dn. f. POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal (A) 155759-020P
Confira o ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLIM R\$ 12,56 FARDEN R\$ 0,31 (F.P.) R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOC. ENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119068/21

Número do Sinistro: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 031.207.524-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA : 031.207.524-36

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: 24/08/2021
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2021
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119068/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 031.207.524-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA : 031.207.524-36

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: 14/05/2021
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2021
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119068/21

Número do Sinistro: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 031.207.524-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA : 031.207.524-36

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119068/21

Número do Sinistro: 3210147476

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 031.207.524-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA : 031.207.524-36

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: 21/05/2021
Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2021
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL