



27/04/2023

Número: **0800069-09.2022.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/01/2022**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA (AUTOR)	MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA (ADVOGADO) THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72433 816	27/04/2023 11:38	2882815_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, 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

Pag. 01439/01440 - carta_03 - INVALIDEZ

00030720





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

Rio de Janeiro, 26 de 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 GLAYDSOON 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

Pag. 01421/01422 - carta_03 - INVALIDEZ

00030711





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, 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

Pag. 01369/01370 - carta_03 - INVALIDEZ

00030685



Carta nº 16899197





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, 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

Pag. 00643/00644 - carta_02 - INVALIDEZ

00020322



Carta nº 17025906



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

Num. 72433816 - Pág. 4



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, 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

Pag. 00713/00714 - carta_04 - INVALIDEZ

00030357



Carta nº 17032233



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

Num. 72433816 - Pág. 5

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 DOBRYAL COSTA ROMEN

510

-

SANTO ANA

POMBAL

PR

58840-000

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 20344

1

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 quem eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MARCOS VINÍCIUS ALMEIDA SOUSA

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

110.556.484-37

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

Marcos Vinícius Almeida Sousa

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

38 - 1ª | Nome: Leticiane Almeida dos Santos

CPF: 112.989.594-70

x Leticiane 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 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Protutor (se houver)

14.0003.2012





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 ASI: **3210147476** 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **-** Falecidos: **-** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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.**

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - 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

Escrevã(o)/Agente
Matrícula nº 168.536-8

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

Modelo: Delegado, ILARETTO



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:

 Dr. Suelio Moreira Torres
OAB/SP 11.111-1
11.111-1



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 DOBRIUAL COSTA ROMEN

510

-

SANTO ANA

POMBAL

PR

58840-000

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 20344

1

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 quem eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MARCOS VINÍCIUS ALMEIDA SOUSA

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

110.556.484-37

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

Marcos Vinícius Almeida Sousa

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

38 - 1ª | Nome: Leticiane Almeida dos Santos

CPF: 112.989.594-70

x Leticiane 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 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Protutor (se houver)

14.0003.2012



FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA
RUA DORIVAL COSTA ROMEU S/N - STO AMARO
POBAL - PE CEP 56640000 (AO 227)

CPF/CNPJ/RAN: 031.207.524-36

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO - Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 - Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICA
Rotômetro 18 x 227 x 155 x 2290 - Nº Medidor 00008520613



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1616343-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00015163438



VALOR DA FATURA

R\$ 115,79



VENCIMENTO

01/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

130kWh

4,48 kWh
MCS - 0,00 kWh
LBT - 0,00 kWh
CONSUMO TOTAL

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Fev/21: R\$ 14,74
Jan/21: R\$ 10,00

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa/Tributos	Valor Base Calc	Imp	ICMS	ICMS	OT - Outros Tributos	OT - Outros Tributos	OT - Outros Tributos
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	OT - Outros Tributos (R\$)	OT - Outros Tributos (R\$)	OT - Outros Tributos (R\$)
0601	Consumo em kWh	130	0,500330	104,04	104,04	27	28,09	76,95	0,51	2,3
0601	Ass. B Amarela			2,48	2,48	27	0,67	1,81	0,01	0,0
	JANUÁRIO E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

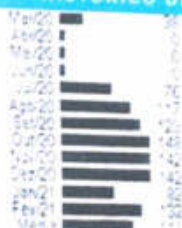
CC: Código de Classificação do Item
Tarifa e Tributos: 0,500330

TOTAL: 115,79 106,52 28,76 76,76 0,52 2,42

RESERVADO AO FISCO

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 24/02/21 121,27
Atual 25/03/21 122,57
Consumo 130 kWh
Período 29 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PE	76,95	66,52
Compra de Energia	28,09	24,26
Serviço de Transmissão	1,81	1,56
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento

Documento para pagamento

Boleto para pagamento

DADOS DO CLIENTE

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

RUA CEL JO** CARN**** S** 1 AN* 58840000
POMBAL



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. ZAC. Rio-23 - Cuiabá - Pombal - PB - CEP 58221-000
CNPJ 06.095.145/0001-40 e-mail: ENE@ENERGISA.COM.BR



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1106327-8



www.energisa.com.br



@energisa

DEBITO

JAN/2021

DATA DE VENCIMENTO

12/01/2021



POTÊNCIA

135 KWII

DEBITO

DATA DE VENCIMENTO

19/01/2021



VALOR DO PAGAMENTO

R\$ 120,50

Descontar aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9		CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/01/2021	
LOCAL DE PAGAMENTO				DATA DE PAGAMENTO	
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				19/01/2021	
ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				CNPJ 06.095.145/0001-40	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 000000000-2021-01-0				CNPJ 06.095.145/0001-40	
DATA DE VENCIMENTO 12/01/2021				DATA DE VENCIMENTO 12/01/2021	
VALOR DO PAGAMENTO 120,50				VALOR DO PAGAMENTO 120,50	
CNPJ 06.095.145/0001-40				CNPJ 06.095.145/0001-40	
RUA CEL JO** CARN**** S** 1 AN* 58840000				RUA CEL JO** CARN**** S** 1 AN* 58840000	
POMBAL				POMBAL	
THYAGO G***** L**** C*****				THYAGO G***** L**** C*****	
RUA CEL JO** CARN**** S** 1 AN* 58840000				RUA CEL JO** CARN**** S** 1 AN* 58840000	
POMBAL				POMBAL	

Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046

Número do documento: 23042711382040900000068293046

FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA
RUA DORIVAL COSTA ROMEU S/N - STO AMARO
POBAL - PE CEP 56640000 (AO 227)

CPF/CNPJ/RAN: 031.207.524-36

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO - Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 - Subclasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 18 - 227 - 155 - 2290 - Nº Medidor 00008520613



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1616343-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00015163438

	VALOR DA FATURA R\$ 115,79		VENCIMENTO 01/04/2021
	REFERÊNCIA Mar / 2021		CONSUMO 130kWh
		4,48 kWh Média Mensal 130 kWh Consumo Consumo Consumo	
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			
FATURAS EM ATRASO			
Fev/21: R\$ 115,79 Jan/21: R\$ 115,79			

DESCRIPTIVO									
CC	Descrição	Quant	Tarifa/Tributos	Valor Base Calc	Imp	ICMS	ICMS	OT - Outros Tributos	Outros
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	OT (R\$)	Outros (R\$)
0601	Consumo em kWh	130	0,500330	104,04	104,04	27	28,09	76,95	0,51
0601	Ass. B Amarela			2,48	2,48	27	0,67	1,81	0,01
	JANUÁRIO E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item
Tarifa e Tributos: 0,500330

TOTAL: 115,79 106,52 28,76 76,76 0,52 2,42

RESERVADO AO FISCO

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	%
Mar/20	130	115,79	Serviços de Dist. da Energisa PE	76,95	66,52
Mar/20	130	115,79	Compra de Energia	28,09	24,26
Mar/20	130	115,79	Serviço de Transmissão	1,81	1,56
Mar/20	130	115,79	Encargos Setoriais	0,67	0,58
Mar/20	130	115,79	Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Mar/20	130	115,79	Outros Serviços	0,00	0,00
Mar/20	130	115,79	Total	115,79	100,00
Mar/20	130	115,79	Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 1/2021): R\$ 26,20		

LEITURAS

Anterior 24/02/21 12127
Atual 26/03/21 12257
Consumo 130 kWh
Período 29 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA
RUA JOAO PACIFICO DE SOUSA S/N TERREO - RUI CARNEIRO
CEP 58840000 - POMBAL / PB (AG. 227)

CPF/CNPJ/RANI: 110.556.484-37



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



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016601189

VALOR DA FATURA R\$ 31,21	VENCIMENTO 26/06/2021
REFERÊNCIA ABR/2021	CONSUMO 79 kWh 2,39kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRIPTIVO										
CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/ Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS(R\$)	Alis. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PSICOFINS (R\$)	PIS (\$)	COFINS (\$)	
601	Consumo até 30kWh-BR	30	IMPOBIZED	5,82	0	0	5,82	0,03	0,17	
601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	49	0,332700	16,30	0	0	16,3	0,11	0,5	
601	Adic. B. Amarela			0,54	0	0	0,54	0	0,02	
610	Subsidio			22,24	0	0	22,24	0,15	0,68	
ANEXAMENTOS E SERVIÇOS										
906	Devolução Subsidio			-21,41	0	0	0	0	0	
807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			7,72	0	0	0	0	0	

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

RESERVA AO FISCO f54a.bede.dff6.7b91.0e25.6a10.f021.a6d6									
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
ABR/20	69	LEITURAS			Descrição	Valor(R\$)	%		
MAR/20	86								
JUN/20	58	Anterior 25/03/21			Serv Dist.	8,73	27,97		
JUL/20	62	Atual 27/04/21			3955 kWh				
AGO/20	70								
SET/20	72	Consumo 79 kWh			Compra de Energia	9,63	30,86		
OUT/20	51	Período 33 dias			Serviço de Transmissão	1,65	5,29		
NOV/20	63	Constante do medidor 1			Encargos Setoriais	1,82	5,83		
DEZ/20	61				Impostos Diretos e Encargos	9,38	30,05		
JAN/21	47				Outros Serviços	0,00	0,00		
FEB/21	47								
MAR/21	57	PRÓXIMA LEITURA			Total	31,21	100,00		
Media	61	26/05/2021			Valor do EUSD(Ref 02/2021): R\$ 6,52				
* Faturamento pela medidora/mês									

* Faturamento pela média/mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE					(REFERÊNCIA - 02/2021 - Conjunto Pombal)	
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO	220 V
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	5,91	1,46	11,82	23,64	Nominal	220 V
Vezeas em que o cliente ficou sem energia - FIC	3,30	1,00	6,60	13,20	Contratada	202 V
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,46	0,00			Limite inferior	202 V
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	12,22				Limite superior	231 V

ATENÇÃO

Declaração de Qualidade Anual de Dados:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a validade dos dados referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora emitidos no ano de 2020 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as informações que constam nos relatórios emitidos até o dia 31 de março de 2021, e dos anos anteriores.

Nota: Serviço de Energia Elétrica 1522 foi criado pela Lei nº 15.438, de 26 de abril de 2002.

Para prevenir sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp.

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

- O Estado da Paraíba paga na base de cálculo do PSICOFINS, conforme Resolução de Conselho Interno COSYT nº 13/2018 da Receita Federal O percentual de redução na base de cálculo das contribuições no faturamento é de até 1% (1,0001%).

- Latarea confirmada.

ENERGISA PARAIBA - 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	Nº 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				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

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

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

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

Pelo exposto, eu Thyago 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 Caracol João Carneiro</u>	Número: <u>51P</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 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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Thyago 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>519</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: 0800-1596 / 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Thiago Glaydson Leit Corrêa

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

☒ Recusa 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 General João Carneiro</u>	Número: <u>51N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ATHYAGOCARVALHOX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>58240-000</u>	Tel. (DDD): <u>(63) 99937-5127</u>

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

Thiago Glaydson L. Corrêa
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046>

Número do documento: 23042711382040900000068293046

Num. 72433816 - Pág. 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 192

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA: 08/03/2023	OCCORRÊNCIA Nº: 192	PACIENTE/USUÁRIO: SUELIO MOREIRA TORRES	IDADE: 49	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCCORRÊNCIA: Rua 192		BAIRRO: Centro	MÉDICO REGULADOR	
DESTINO DO PACIENTE: 192		RESPONSÁVEL: SUELIO MOREIRA TORRES	FUNÇÃO: Paciente	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ EMERGÊNCIA ☐ OUTROS				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL: 192		RESPONSÁVEL: SUELIO MOREIRA TORRES	FUNÇÃO: Paciente	
APOIO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☒ 192 ☐ CAPTAN ☐ STETIAN ☐ 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):

Respiratório: normal

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☒ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
 PA: 120 X 80 FC: 27 FR: 18 TEMP: 36,5 PC - HGT: 1,70 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Observar sinais vitais, nível de consciência, estado de hidratação.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Recebeu o paciente de modo adequado. Enfermeiro em contato com o médico. Apresentação do caso para o médico, realizado o exame físico. Foi prescrito: 1º - Oxigenoterapia
 2º - Monitorização para o HEP.





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,
tendo o mesmo apresentado quadro
de escalfamento de aproximadamente
60% do couro cabeludo, com trauma-
tismo craniano grave, sendo o mesmo
encaminhado ao serviço de neuro-
cirurgia em Campina Grande.

grato:


Dullio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

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

Dulcio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

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 Almeida Santa Clara
Endereço: Santos Amaro - Pombal

Prescrição:

PARA _____ em
em cp de 875mg

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____



Modelo 11 - contínuo

PARAÍBA
Governo do Estado



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



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

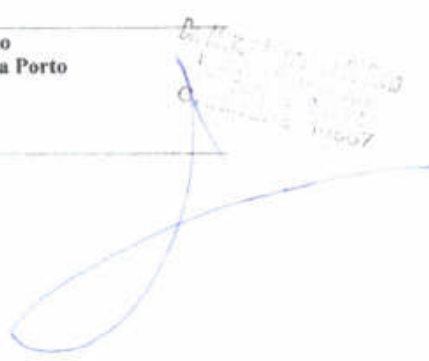
Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E RETORNAR AO HOSPITAL SE NECESSÁRIO FOR

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/12/2020

Assinatura/Carimbo
Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcos Wagner De Sousa Porto


Data: 07/12/2020
Carimbo: 2287685



SUS



ESTADO DA PARAÍBA/ SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2392568 CNPJ: 08.778.268/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOÃO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAÍBA

UF: 25

Paciente: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

Mae: DIANIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

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

Profissão: APOSENTADO(A)

Endereço: DORIVAL COSTA ROMEI

Bairro: SANTO AMARO

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

CNS: 200-5579-5808-0008

Reg. Masc:

Identidade: 2428312

CPF:

Recepção: MADARA

Data / Hora: 06/12/2020 15:47:04

N Fich: 111451

N Prontuário: 6994

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

SPO: FC: 72 HGT: 163 GESTANTE: SIM () NAO () SEMANAS

PESO:

PA:

TEMP: 36.5

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

SELA 500ml de Soro Fisiológico 16/38
MORFOTOMIA (CORTA) em 16/38
TETRAVALENTE 100ml 16/38
DIFUSOR 100ml 16/38
SOLUÇÃO 100ml 16/38

01 - ELETIVO CARÂTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

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

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

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO

RESIDENCIA

INTERNAÇÃO

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 - carimbo

Médico / Cmm / Cns

DULCIO MONTENEGRO E SILVA - 9361 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar 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: 192

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA: 08/03/2023	OCCORRÊNCIA Nº: 192	PACIENTE/USUÁRIO: SUELIO MOREIRA TORRES	IDADE: 49	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCCORRÊNCIA: Rua 192	Bairro: Centro	MÉDICO REGULADOR:		
DESTINO DO PACIENTE: 192	RESPONSÁVEL: SUELIO MOREIRA TORRES	FUNÇÃO: Médico		
MOTIVO DO TRANSPORTE: ☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ EMERGÊNCIA ☐ OUTROS				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO: LOCAL: Rua 192 RESPONSÁVEL: SUELIO MOREIRA TORRES FUNÇÃO: Médico				
APOIO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☒ POLÍCIA ☐ CAPTAN ☐ STTIAN ☐ 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 realizado em ambulância, paciente consciente, orientado, sem alterações físicas evidentes.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: 20-30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
PA: 120 X 80 FC: 27 FR: 20 TEMP: 36,5 PC - HGT: 1,70 SpO2: 98

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Observação: paciente consciente, orientado, sem alterações físicas evidentes.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente em estado de bem-estar, encaminhado para o hospital. Evolução satisfatória, sem alterações físicas evidentes. Foi prescrito medicamento para o tratamento da dor.





**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,
tendo o mesmo apresentado quadro
de escalfamento de aproximadamente
60% do couro cabeludo, com trauma-
tismo craniano grave, sendo o mesmo
encaminhado ao serviço de neuro-
cirurgia em Campina Grande.

grato:


Dullio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

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

Dulcio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

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 Almeida Santa Clara
Endereço: Santos Amaro - Pombal

Prescrição:

PARA _____ em
em cp de 878mg

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 in blue ink]



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

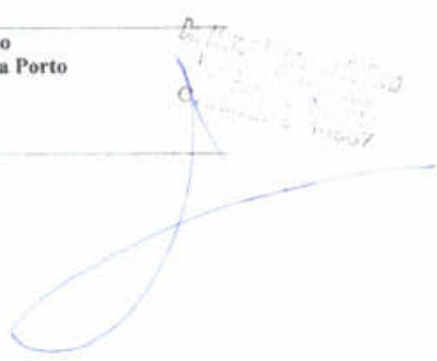
Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E RETORNAR AO HOSPITAL SE NECESSÁRIO FOR

Condições de Alta: Melhorado

Data: 07/12/2020

Assinatura/Carimbo
Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcos Wagner De Sousa Porto


Data: 07/12/2020
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
Tipo Pessoa PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-235



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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
Tipo Pessoa: PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2023 11:38:21
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042711382040900000068293046
Número do documento: 23042711382040900000068293046



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-235



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCUS VINICIUS ALMEIDA SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
4056725 SSOS PB

CPF
110.556.484-37

DATA NASCIMENTO
29/07/1995

PLACAO
JOAO BATISTA ROQUE DE SOUSA
LEILA GEAN ALMEIDA DOS SANTOS SOUSA

PERMISSÃO **ACC** **CACHAS**
AB

Nº REGISTRO
07423880570

VALIDADE
23/10/2024

1ª MANUTENÇÃO
20/02/2020

OBSERVAÇÕES
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
Marcus Vinicius Almeida Sousa

LOCAL
POMBAL, PB

DATA EMISSÃO
22/02/2021

ASSINATURA DO EMISSOR
75707800723
PB042479908

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1854235781

PROIBIDO PLASTIFICAR
1854235781



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015313010194

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
CZ 600 507880

PRV 20200300001811-6

1 0048422697-5 00/00000000

MARIA TEREZA JOHNNICO DE SOUSA
R ANTONIO W G FERRIRA 95 CASA
VILA NOVA
58840000 BOJIBAL-PB

10622528459 0FD4636/PB

CACIO CAVALCANTE FORMIGA

0FD4636 PB 9C2NC1660CR557638

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLID

ALCO/GR301

HONDA/CG 150 TITAN EX

2012 2012

2 P/149 /CI EARTIC VERDELLA

SEM RESERVA DE DOMINIO

W.MOTOR : KCL6E6C557638

BOJIBAL-PB 08/10/2020

31623 40886

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015313010194

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CZ 600 507880

PRV 20200300001811-6

1 0048422697-5 00/00000000 2020

MARIA TEREZA JOHNNICO DE SOUSA

10622528459 0FD4636/PB

CACIO CAVALCANTE FORMIGA

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLID

ALCO/GR301

HONDA/CG 150 TITAN EX

2012 2012

2 P/149 /CI EARTIC VERDELLA

2012 2012

SEM RESERVA DE DOMINIO

W.MOTOR : KCL6E6C557638

BOJIBAL-PB 08/10/2020

31623 40886

PB Nº 015313010194 BILHETE DE SE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SEUS CARROS
TRANSPORTADOS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPV
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VEP
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

1 10622528459 2020 0

00484226975 HONDA/CG 150 TITAN
2012 9 9C2NC1660CR557638

PRÊMIO TARIFÁRIO

PLA PSI DERIVADA PSI CUSTO

CUSTO DO BILHETE PSI SEGURO P A

COTA ÚNICA PAGAMENTO PUNILADO C8/1

SEGURADORA LÍDER - DPV

CNPJ 09.248.808/0001-04
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: 2428312 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 031.207.524-36
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Aposentado
Endereço: Rua Dargival Costa Pereira Nº 510
Bairro: Santa Amaro Cep: 58340-000 Cidade/UF: Pombal/PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Gleydson Leit. Carneiro
RG: 2.847.048 Orgão Emissor: SSP CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Advogado
Endereço: Rua Caramel 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: Marcos Vinícius Almeida Sousa
RG: 4056725 Orgão Emissor: SSDS CPF: 110.556.484-37
Endereço: Rua João Bezerra de Sousa Nº 238
Bairro: Santa Amaro 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

Marcos Vinícius 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: 116.399.699-98
Local e Data: Pombal - PB 19/03/2021



CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a assinatura de LOPRANE
ALMEIDA DOS SANTOS Em test. da verdade Dou fé
POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-A1155757-1 (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/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a assinatura de MARCUS
VINICIUS ALMEIDA SOUSA Em test. da verdade
Dou fé POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-A1155758-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/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a assinatura de WILYON SILVA
MEDEIROS Em test. da verdade Dou fé
POMBAL-PB, 19/03/2021.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-A1155756-D20P
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/DOCUMENTOS/
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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

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 GLAYDSON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

THYAGO GLAYDSON 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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 06/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

FRANCISCO 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 GLAYDSO 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 GLAYDSO 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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 06/12/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS SANTOS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

