

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180484183 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURAS DO 2º 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375675/18

Número do Sinistro: 3180484183

Vítima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

CPF: 927.440.104-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

Nº Sinistro: 3180484183

Vitima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180484183**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13486961



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA
Nº Sinistro: 3180484183
Vitima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA
Data do Acidente: 12/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180484183**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	927.440.104 - 30	Richard Nixon Cabral de Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Richard Nixon Cabral de Moura		927.440.104 - 30	Comerciante
Endereço		Número	Complemento
Rua Alto Castelano		761	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Santo Antonio	Patos	PB	58701-398
Email		Telefone (DDD)	
emmanoela@hotmail.com.br		(83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0151	1	141000	8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Informar os bancos) BANCO NOME		NRO.	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
D/V		D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos - PB, 05 de Outubro de 2018
Local e Data

Richard Nixon Cabral de Moura
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 4066/2018

Aos VINTE (20) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, MANOEL MARTINS FERNANDES, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 10h32min compareceu: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA, brasileiro (a), solteiro (a), comerciante, com 45 anos, data de nascimento 08/03/1973, RG. 1142357325 SSP/BA, CPF: 927.440.104 30, natural de Patos - PB, filho (a) de Manuel de Moura Alves e de Maria Lúcia Cabral de Moura, residente na Rua Alto Casteliano, nº 761, bairro Santo Antônio, Patos/PB, Fone: (83) 9.86151055, A fim de prestar a seguinte queixa:

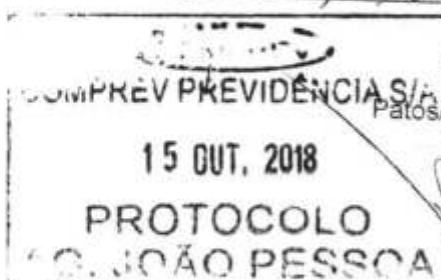
QUE, o (a) notificante afirma que no dia (12/06/18) por volta 11h30min estava trafegando em uma motocicleta, HONDA/BIZ 125 ES, PLACA: QFE 9696/PB, CHASSI: 9C2JC4820CR038298, RENAVAL: 01245121518, ANO: 2012/12, COR PRETA, Licenciada em nome de Maria Tomas dos Santos; Que o notificante afirma que quando estava conduzindo sua motocicleta ao lado do banco do nordeste, na Rua Felizardo Leite, centro, Patos/PB, um veículo FORD/KA, que vinha na Rua Pedro Caetano, não parou no cruzamento, com isso ocorreu uma colisão entre sua moto e o carro; Que o notificante diz que com o impacto da batida veio a cair ao chão onde ficou até a chegada do SAMU que prestou os primeiros socorros e o encaminhou para o HRP da cidade de Patos/PB; Que ao chegar ao hospital e passar por exames, foi diagnosticado uma fratura no pé esquerdo e a quebra da clavícula do lado esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante:

Richard Nixon Cabral de Moura



Patos/PB, 20 de Setembro de 2018.

Hernando Barbosa Rocha
Policial Civil
Mat.: 168.548-1

1º OFÍCIO DE PROTESTOS
2º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS DOCUMENTAIS
4º OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS DOCUMENTAIS



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 09/10/2018 10:52:11
MANUELA SOUZA DE ANDRADE XAVIER - Escrivãria
[2018-015194] EMOL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AHP35972-4RMX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Richard Nixon Cabral de Moura

CPF da Vítima

927.440.104-30

Data do Acidente

12 / 06 / 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email
emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9655-9484
(87) 9 9999-9976

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO
...ÇÃO PESSOA

Patos-PB, 05 de Outubro de 2018

Local e Data

Richard Nixon Cabral de Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000010141000-X

Nr. da Autenticação B02B42C44DDCBA5B



**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 12.06.18

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA <u>12.06.18</u>	OCORRÊNCIA	PACIENTE / USUÁRIO <u>RICARDO M. COLAS AGUIAR DE SAZ</u>	IDADE <u>45</u>	SEXO <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DE OCORRÊNCIA <u>R. Rui BARBOSA</u>		BAIRRO <u>CENTRO</u>	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA <u> </u> METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

TIPO DE AGRAVO:

<input type="checkbox"/> AÍDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO: _____ RESPONSÁVEL: R. Rui BARBOSA FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: 80 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 97 SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Devicentes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação

Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Aplicação de VV, Imobilização em prancha rígida

15 OUT. 2018

**PROTOCOLO
DE CUIDADO PESSOAL**

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente masculino, 45 anos, consciente, orientado, vítima de queda de moto, apresentando dor em clavícula direita e pé direito, realizou imobilização, limpeza das ferimentos, foi regulado e administrado medicação prescrita. Encaminhado ao HPT.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1 dipirona
1 água
1 equipo
1 SF

Setco 24

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MADRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ SEDUÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

1 Dipirona + A.D.E.V., 1 SF EV

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIA (MÉDICOS):

COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
ENCAMINHAMENTO:
Pessoa

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE::

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____
ENFERMEIRO(A): Dipirona _____ COREN: _____ MAT: _____
AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____
CONDUTOR: Setco _____ MAT: _____



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO:
MATRICULA
28811720
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS ADR/2018

MANOEL DE MOURA ALVES
RUA ALTO CASTELIANO, 761 - SANTO ANTONIO PATOS PB
58701-398

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
075.002.130.0285.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X3921231	20/05/2011	JARDIM LAC	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
2114	2128	14	32	02/05/2018		
HIST. DE CONS./ANO LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5						
MAR/2018	13	0	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES	
FEV/2018	14	0	TURBIDEZ	0	0	
JAN/2018	22	0	CLORO	0	0	
DEZ/2017	19	0	COL. TERMOT	0	0	
NOV/2017	17	0	COR	0	0	
OUT/2017	16	0	COL. TOTAIS	0	0	
MEDIA(M)	18	DADOS REFERENTES A: FEV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/04/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:57:22

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
• ATE 10 M3 - R\$ 36,84 POR UNIDADE	10 M3	36,84
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3	4 M3	19,00
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,17 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/04/2018 Total a Pagar: R\$ 55,84



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU UTELEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO
DE ATENDIMENTO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20180928928857

ESCRITÓRIO PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02892885.7

MATRÍCULA
02892885.7

CLIENTE
DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO

CPF/CNPJ:
041.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
19/09/2018

INSCRIÇÃO

075.005.420.0056.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380

FATURA
09/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

08/2018 -	17	07/2018 -	14
06/2018 -	22-FF	05/2018 -	10
04/2018 -	8	03/2018 -	8
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	14	R	53013

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL
710	724
07/08/2018	06/09/2018

CONSUMO	CONSUMO/DIA
(M³)	DIAS (M³)
14	30
N°Hm:	Y13N713469

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3
4 M3

37,91
19,56

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,32

TOTAL R\$ 57,47

"QUANDO A INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 08/2018
Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

15 OUT. 2018

Emitido em: 14/09/2018



CAGEPA

MATRÍCULA
02892885.7

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

VENCIMENTO

19/09/2018

VALOR R\$

57,47

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82670000000-1 57470010075-7 02892885701-1 09201810003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**².

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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Richard Nixon Cabral de Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.440.104 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Richard Nixon Cabral de Moura, inscrito (a) no CPF sob o Nº 927.440.104 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☒ 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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanoela@hotmail.com.br		Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976

Patos-PB, 05 de Outubro de 2018
Local e Data


[Assinatura]
Assinatura do Declarante

PREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
2.0040 PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maricelia Tomaz de Araujo,
RG nº 3.097.218, data de expedição 11/08/2007
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 060.568.454-51, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Jorge - Santo Antonio, nº 176,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Richard Nixon Cabral de Moura, cujo o condutor era
Richard Nixon Cabral de Moura.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / BIZ 125 ES
Ano: 2012 / 2012
Placa: QFE9696 / PB
Chassi: 9C2JC4R20CR038298
Data do Acidente: 12/06/2018
Local e Data: Patos - PB, 01/Outubro/2018

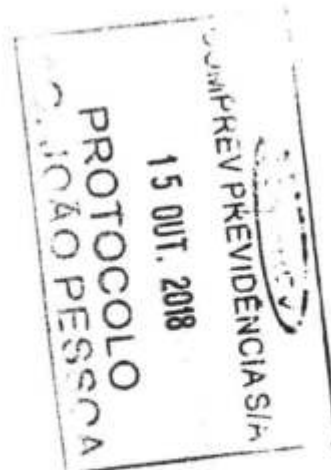
 Maricelia Tomaz de Araujo
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
Rua Amador Ribeiro Wanderley, 150 - Centro
Patos - PB

Av. Getúlio Vargas, 150 - Centro
Patos - PB
Fone: (33) 3421-2735
Fax: (33) 3421-6030
E-mail: 3421-2735@patos.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
MARICELIA TOMAZ DE ARAUJO
Em test. da verdade, Patos-PB 01/10/2018 16:36:30
ZULETANIA NEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
(2018-021434)EML:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,37
SELO DIGITAL: AHD85640-HDX2
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CLÍNICA RADIOLOGICA DE PATOS

Nome: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA
Prontuário. 48659
Idade: 45 Anos
Solicitante Dr(a): NAO INFORMADO

Data: 14/06/2018

Relatório.

CLAVÍCULA ESQUERDA.

1. Fratura do terço médio-distal da diáfise da clavícula esquerda.

CONCLUSÃO: fratura óssea.

PÉ ESQUERDO.

1. Traço simples de fratura transversal, sem diastase ou cavalgamento dos fragmentos, ao nível do terço médio do 2º metatarsiano.
2. Fratura longitudinal (seguindo o grande eixo) do 4º metatarsiano.

CONCLUSÃO: controle de tratamento de fratura do 2º e 4º metatarsianos, com bota gessada.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Importante: voltando a esta clínica, para realizar controle, queira trazer este exame.

OBS: a direção da clínica recomenda o devido acondicionamento das películas e do relatório, para que os mesmos mantenham a qualidade original, não se responsabilizando por possíveis danos ou perdas que venham a ocorrer posteriormente à entrega das mesmas.

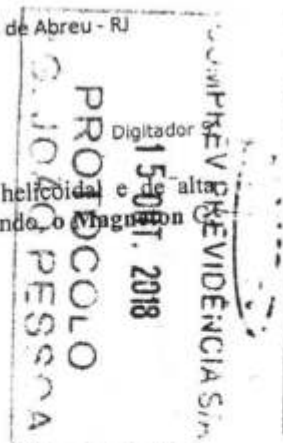
1 película

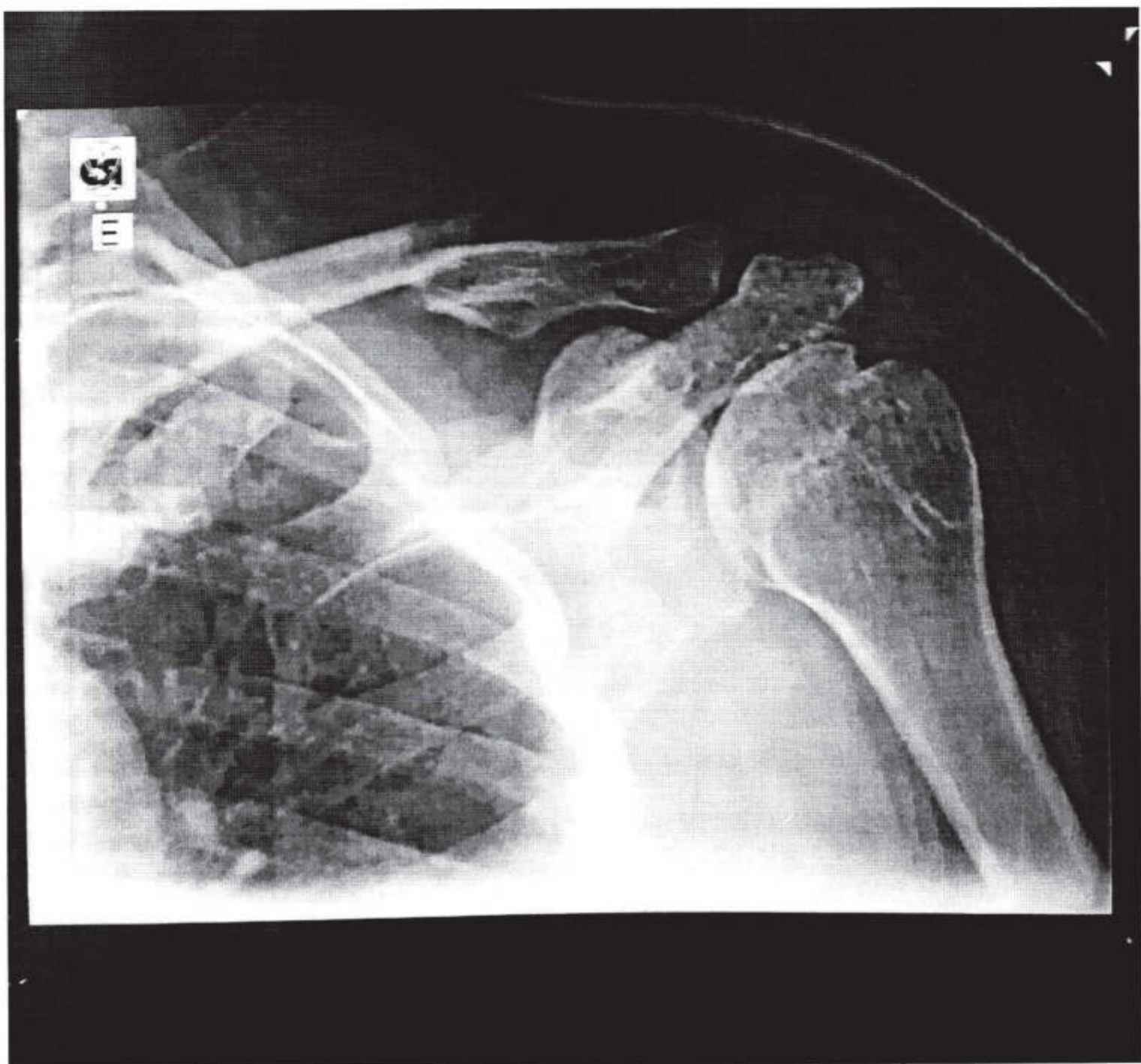
Dr. José Cadmo Wanderley P. de Araújo - CRM - 2125 - PB

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia - 3.801

Certificado de Residência no Instituto Estadual de Radiologia e Medicina Nuclear - Manoel de Abreu - RJ

Obs: Aos colegas e pacientes, avisamos que disponibilizamos, além da tomografia helicoidal e alta resolução, do mais avançado modelo de ressonância magnética de baixo campo do mundo, o Magnetom da empresa alemã SIEMENS, o primeiro do sertão.





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
PO. Nº 40 PESSOA

26 OUT. 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Declaro para o médico

Sr. Richard Nixon Cabral de Moura deu entrada no Hospital Regional de Patos em 12 de junho de 2018 vítima de acidente de moto apresentando fratura da clavícula esquerda e fraturas 2, 3 e 4 metacarsais da esquerda. Foi tratado conservadoramente com imobilização gessada em 8 e 10 dia gessada. Atualmente apresenta fraturas consolidadas porém com perda da força em membros superior esquerdo em 30%. com a sequel da fratura da clavícula esquerda.

CID: S42.0

T92.8

Patos, 26 de outubro de 2018

Dr. Fábio de Moura Spá
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 559

Dr. João M. Cadete - CRM 4844 PB
 MASTOLOGISTA - ONCOLOGISTA
 (Médico do Hospital do Câncer de Recife e J. Pessoa)
 Cirurgia de Câncer de Mama, Ovario, Útero, Vagina e Vulva

Dr. Orlando A. Damascena - CRM 1501 PB
 GINECOLOGISTA - MASTOLOGISTA - OBSTETRA

Tim 99615.9333

Av. Pedro Firmino, 256 - Centro - Patos-PB
 Fones: (83) 3421.3827
 Oi 9.8766.3827 | Claro 9.9186.6681 | Vivo 9.8137.0673



COMPREV
NOME: GONCALVES, RAYMOND ASSIS
26 JUN 1971
PROTÓCOLO
46.7440.2590A

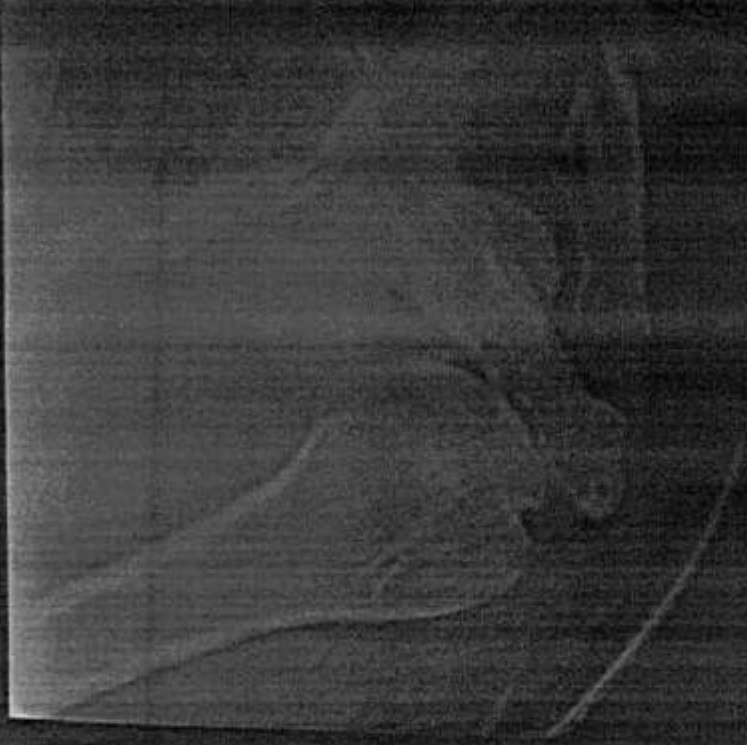


Fig. 1A



CLINICA RADIOLOGICA DE PAFOS
RICHARDSON, CARLOS DE MOURA
ESTR. M. GONCALVES, 100
94.7440.2590A

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PB

RICHARD NILSON CAVALI DE MOURA

RG: 1942357325 SSP PA

CPF: 927.440.104-90 08/03/1973

RESIDENCIA: MARACÁ DE MOURA REYES

MARIA LUCIA CAVALI DE MOURA

DATA DE EMISSAO: 28/07/2017

VALIDADE: 11/09/2023

03016110127

PROIBIDO PLASTIFICAR
O TERRITÓRIO NACIONAL
1489091203

PROIBIDO PLASTIFICAR
1489091203

LOCAL: PATOS, PB

DATA DE EMISSAO: 28/07/2017

95466095490
F0035085134

PARAIBA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014082271690

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 2018040082231200 RACIÃO

1 0124512151-8 00/00000000 2018

NOME

MARICELIA TOMAZ DE ARAUJO

CHASSI

9C2JC4820CR038298

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

ANO FAB 2012

ANO MOD 2012

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTIC

VENC/COTAS

1º 00/00/0000

2º

3º

DATA DE PAGAMENTO

13/06/2018

PREMIO-TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

IOF (R\$)

LAURE 00457-60610

DETRAN

CONTRAN

DATA

27/09/2018

LOCAL

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

36838

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE JOU-POR SUAS CARGAS E PESSOAS A TRANSPORTAR, OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 014082271690 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 27/09/2018

MA 1 06056845451 QFE9696/PB

RENAVAM 01245121518 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2012 ANO MOD 2012 9C2JC4820CR038298

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ (R\$) *****
DENATIAN (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
IOF (R\$) *****
SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO 13/06/2018
COTA ÚNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.943.809/0001-04
36838-1343129-20180927

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180484183 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURAS DO 2º 3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Richard Nixon Cabral de Moura
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Comerciante
Identidade: 1142357325 CPF: 927.440.104-30
Endereço: Rua Alto Castelano, 761 - Santo Antonio
Patos - PB.

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP:
58704-460 - Patos-PB.

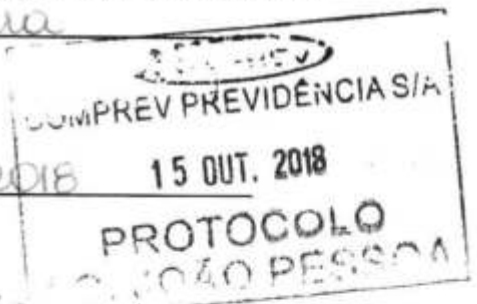
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, 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 Obrigatório-DPVAT para a vítima

Richard Nixon Cabral de Moura

Patos - PB: 27/ Junho/ 2018
Local e data

Richard Nixon Cabral de Moura
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
R. PAULO WANDERLEY WANDERLEY 1000 - Fátima - Patos - PB
Fone: (33) 3421-2735 Fax: (33) 3421-6020

2º OFÍCIO DE NOTAS
Patos - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA
Em test. da verdade, Patos-PB 27/06/2018 10:16:24
ZULEYKA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-013376]EMUL:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHC62776-K006
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375675/18

Vítima: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

CPF: 927.440.104-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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

RICHARD NIXON CABRAL DE MOURA : 927.440.104-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA

CPF: 708.601.964-02

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCELA DO CARMO DE LIMA