
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FAGNER SANTOS DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FAGNER SANTOS DA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FAGNER SANTOS DA CRUZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **000000040610-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	087.163.734-05	Fagner Soutos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fagner Soutos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
pedreiro	Rua Rafael Antônio dos Soutos	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53065150	(83) 99131-6739

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☒ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: 3487 ☐ CONTA: 0040610 ☐ 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Fagner Soutos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

COOP. PREVID. PREVIDÊNCIAS S.A.

Assinatura

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG 1080

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	087.163.734-05	Ragner Santos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ragner Santos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	SIN	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	
	58065150	
	Tel.(DDD):	
	(83) 99.81-6739	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☒ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 00040610 ☐ 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Ragner Santos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ragner Santos da Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 12 MAR. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00022.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00022.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:09 horas do dia 07 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fagner Santos da Cruz**, CPF nº 087.163.734-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Lucia dos Santos Evangelista e Ednaldo Fernandes da Cruz, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/09/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael Antonio dos Santos, Nº S/N, complemento BLOCO 90 APT 104, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercadinho Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Principal-ladeira do Valentina, Ladeira do Valentina Para Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 00:33h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

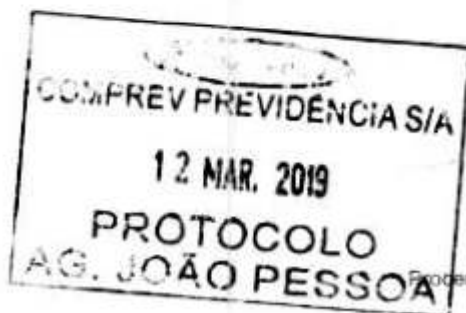
QUE O NOTIFICANTE trafegava com o pas/veículo, marca e modelo: HONDA /CG 125 FAN, ano e modelo:2006/2007 de cor; preta, placa:MOG 5488/PB, Chassi nº 9C2JC30707R015327, registrado em nome de Claudio Junior Pereira-CPF nº 067.810.494-88 (amigo do notificante);QUE seguia normalmente na sua mão, quando foi trancado por um veículo, não sabendo identificar o mesmo, que por este motivo perdeu o controle e veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1033/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 01/08/2018 do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FAGNER SANTOS DA CRUZ
Noticiante



Procedimento Policial: 00022.01.2019.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	087.163.734-05	Fagner Soutos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fagner Soutos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
pedreiro	Rua Rafael Antônio dos Soutos	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53065150	(83) 99131-6739

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☒ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: 3487 ☐ CONTA: 0040610 ☐ 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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.

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Fagner Soutos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COOPREVIDÊNCIAS S.A.

Assinatura

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG 1080

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	087.163.734-05	Ragner Santos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ragner Santos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	SIN	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58065150	(83) 99.81-6739

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REND MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR	☒ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 00040610 ☐ 3	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Ragner Santos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ragner Santos da Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 12 MAR. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

15

CERTIDÃO

Nº. 1033/2018

Atendendo solicitação de **FAGNER SANTOS DA CRUZ** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 129549 de Prontuário de Nº 2018.05.002554 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 19/05/2018 às 00H33min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão direita e pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafoide direita e maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/05/2018 com alta médica dia 30/05/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 129549 Atd: Nao Regula
Data: 19/05/2018
Hora: 00:33:43
Recepcionista: WILMA FERNANDES M. C.
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FAGNER SANTOS DA CRUZ

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3487625 Fone: 981638755

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/09/1990 Id: 27 ano(s)

End.: RUA PROJETADA (ARATU), 00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA LUCIA DOS SANTOS EVANGELISTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: AMIGO - EDNAMARX

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.05.002554

Pai: EDNALDO FERNANDES DA CRUZ

Estado Civil: NAO INFORMADO

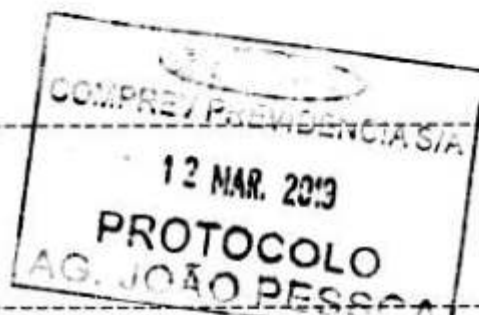
Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 00:20 HS

Vitima de violência por: NA LADEIRA DO VALENTINA

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

La Principal

Q. DE MOTO. Paciente ferido por acidente com historico de acidente de moto (colisão entre 2 motos). Foi um de socorro. Nega dor, não há perda de consciência. Pulso forte e cheio (primo 1º grau) VST.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

A- VAP na antebraço B- MMVD na qual há um fr. e - Hmodinamica. Inter- D- gl. par 15 P/Fa E - Hmodinamica na qual há um fr. e - Hmodinamica. P/B: indolente

Diagnostico

Conduta 1. Bo pulso D e P no troco (E)
2. AOB + anal. par

Prescrição

Horario da medicação 3. Anal. par

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM - PB 7373

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM - PB 7373

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FAGNER SANTOS DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000040610-3

Nr. da Autenticação 63F42016AC143BDB

MARIA DA PENHA DA CONCEICAO
RUA RAFAELANTONIO DOS SANTOS, 390/BL. 03-AP. 104-VL. SNTA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58095150 (AG. 1)

Emissão: 31/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICA
Rotam: 13 - S - 821 - 160 NF medidor: 0009048922



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 25 - Centro Receptor, João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.103/0001-4 - INSC. EST. 16.015.025-0

Via Fone: 0800 083 0196
Cód. para Dds Automático: 00010120490

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	31/12/2018	29/01/2019	797.528.964-72 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1012649-8

Canal de contato

O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhoria na rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua rede, acesse o portal site ou o app Energisa On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/11/18	0	31/12/18	112		112	32
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual (R\$)	Base Calc. Por (R\$)	Valor (R\$)
				Inclusão (R\$) (1,43/R\$) (CAB)	Por Consumo (R\$) (1,98/R\$) (2,955%)	
0601	Consumo em kWh	112,000	3354400	101,87	101,87	27,45
0601	Adc. S. Amenia			0,04	0,04	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			4,07	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIAC 12/2018			-0,08	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
18	08/01/2019	R\$ 105,72
Histórico de consumo (kWh)		

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCAL

f323 a8f5 9b2d 3ff7 14c0 df11 4604 bdb7.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,37	3,33
TRIMESTRAL	10,67	
ANUAL	21,35	
DIG MENSAL	8,30	1,01
TRIMESTRAL	16,60	
ANUAL	33,20	
DMC	1,10	0,32
DMC	12,22	

ATENÇÃO

- Avisamos faturas em atraso acima de 30 dias (até 34 faturas) no montante de R\$ 228,09 relativo(s) a período(s) anterior(es).
- REPARO: Caso a(s) fatura(s) ao lado conste(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/01/2019. Conforme Resolução 474/ANEEI, o pagamento após essa data não evita a suspensão automática do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao adquirente. Pagam. não evita em sua unidade consumidora para compensação. Caso essas faturas estejam em atraso, desconsiderar essa mensagem.
- ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ RESSARCIDAS, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento, até o decurso de prazo de 30 dias, contados da data de vencimento da fatura em atraso e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em ações de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Letram. confirmado

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de T. de Energisa/PB	27,45	25,95
Serviço de Energia	27,45	25,95
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	4,71	4,46
Inclusão de Cotas e Encargos	97,71	92,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	105,72	100,00

Faturas em atraso

Nov/18	18,42
Out/18	18,25
Set/18	19,53
Ago/18	17,63
Jul/18	17,38
Jun/18	17,15
Mai/18	15,68
Abr/18	15,64

PARAIBA
Rotam: 13 - S - 821 - 160
Matrícula: 1012649-2018-13-3
83680000001-7 05720149000-0 10126492018-8 12300005019-5



COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 MAR. 2019
PROCOLO
JOAO PESSOA

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 23/08/2018 a 22/09/2018	10/10/2018	R\$ 113,37

Valor pago na última conta: R\$ 117,54

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 109,99	-	-
Aplicativos Digitais	R\$ -	-	-
Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Internet			
6GB de internet	6.144,0MB	6.144,0MB	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	ilimitado	564min00s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99

Contratações Adicionais			
Promoção Nôtes em Claro - 4GB			
Promoção WhatsApp grátis Internet	6.144,0MB	291,0MB	-
Subtotal	R\$ -		R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00

Outras Cobranças			
Juros e Multa	R\$ 3,38	-	-
Subtotal	R\$ 3,38		R\$ -
Total - Outras cobranças			R\$ 3,38

Prezado Cliente,
Este boleto não quitte débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Comissões para o FUST e FURTEL (1% e 0,5% do valor devido) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1311 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO	108690678	23/08/18 a 22/09/18	R\$ 113,37	10/10/18
	Claro NE DDD 81 a 89			

84830000001-0 | 13370221201-9 | 81010108690-1 | 67801218122-0



Autenticação Mecânica: solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

03905920

Pag 1 / 3

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet: minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 23/08/2018 a 22/09/2018	10/10/2018	R\$ 113,37

Valor pago na última conta: R\$ 117,54

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 109,99	-	-
Aplicativos Digitais	R\$ -	-	-
Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Internet			
6GB de internet	6.144,0MB	6.144,0MB	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	Ilimitado	564min00s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99
Contratações Adicionais			
Promoção Nôites em Claro - 6GB			
Promoção WhatsApp grátis Internet	6.144,0MB	291,0MB	-
Subtotal	R\$ -		R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00
Outras Cobranças			
Juros e Multa	R\$ 3,38		-
Subtotal	R\$ 3,38		R\$ -
Total - Outras cobranças			R\$ 3,38

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Comunicação para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor do serviço) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 111 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO	Código Débito Automático 108690678 Claro NE DDD 81 a 89	Período de Uso 23/08/18 a 22/09/18	Total R\$ 113,37	Vencimento 10/10/18
--	---	---------------------------------------	---------------------	------------------------

84830000001-0 | 13370221201-9 | 81010108690-1 | 67801218122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras

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 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jaime Ellen de Lencas Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fagner Santos da Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.163.734 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Fagner Santos da Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.163.734 / 05, 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 Lider-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 Doutor Antônio Polito</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Boncoaria</u>	Cidade <u>Pará Limão</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>jaime.feliciano@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99181-6739</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99181-6739</u>

Pará Limão, 11 de março de 2019
Local e Data

Jaime Ellen de Lencas Feliciano
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Junior Pereira,
RG nº 2982.675, data de expedição 14/12/2015
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 067.810.794-88 com
domicílio na cidade de Paráíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. São João de Santa Cruz, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fagner Santos da Cruz, cujo o condutor era
Fagner Santos da Cruz.
Veículo: motorcycle
Modelo: honda CG 125 lon
Ano: 2006/2007
Placa: M06 53881PB
Chassi: 9C2JC30707R015327
Data do Acidente: 19/05/18
Local e Data: Paráíba, 11 de março de 2019

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Claudio Junior Pereira
Assinatura do Declarante

Fagner Santos da Cruz

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Serviço Notarial "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRICTAL

Not. Rômulo Vieira Batista - Titular / Not. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Núcleo Promotor: João P. - Registração / 027-0004285 - João Pessoa - Paraíba / 3349-0001 / 3349-0002

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
CLAUDIO JUNIOR PEREIRA.....

Em test. da verdade. João Pessoa - PB 07/03/2019 14:45:25

Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2019-011025]ENCL:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00, 05/03/2019

SELO DIGITAL: A1F74962-AUSM

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tribunajus.br>





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: FABIAN DOS SANTOS DA SILVA Data da Admissão: 19/05/78
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor a RUÍDO (D)

HDA: _____

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTA ABANDONANDO
DOR A RUÍDO (D) +
ESCAURIAÇÃO

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR. 2013
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



Nome: FAGNER SANTOS DA CRUZ			Registro: 201803004447		
Idade: 24 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Traumatol	EMP:	LR:
Data: 30/05/2018			Cirurgião: Luis Filipe Lessa		
1º Assistente: Alexandre Galvão			2º Assistente:		
Anestesista: Luiz Imbelloni			Instrumentador: Karinthia		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura de escafóide direito					S62.0
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese com parafuso de autocompressão					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. João Torres
Médico
CRM/PB 107

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Garroteamento de MSD

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em volar em punho direito

Dissecção por planos

Observada fratura de escafoide com desvio

Redução cruenta + fixação com parafuso hebert 18.

Verificado redução sob fluoroscopia

Achados:

Conduta:

Limpeza com SF 0,9%

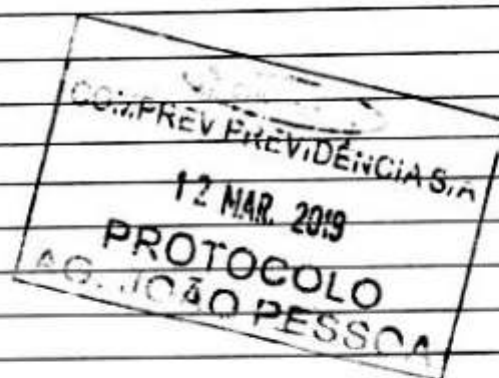
Fechamento:

Sutura de pele

Curativo

Tala luva escafoide

OBS:



Data: 30/05/2018

Dr. Waldemar Corrêa Jr.
M.A. em Ortopedia
CRM/PB - 7852

30 MAIO 2018

MÉDICO/CRM

psicologia - 19/05/18

Realizada visita de
acolhimento + orientações

[Handwritten signature]

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

X. Chuma Roberto Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Fagner Santos da Cruz

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.487.625 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/09/2012

NOME FAGNER SANTOS DA CRUZ

FILIAÇÃO EDNALDO FERNANDES DA CRUZ
MARIA LÚCIA DOS SANTOS EVANGELISTA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 09/09/1990

DOC ORIGEM
NASC.N.16213 FLS.272 LIV.A-15
CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA-PB

CPF 087.163.734-05

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.509/94)



LABE NATURA DO PORTUGUES
Nome: ELLEN DE MELO FELICIANO

RESERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ASSOC
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

FILIACAO
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DO NASCIMENTO
20/06/1980

CPV
036.219.034-88

EXPANSAO EM
23/05/2014

NR
2509321 - SSP/PB

QUADRO DE OBRIGACAO E TITULACAO
NÃO

ASSINATURA DO ADVOGADO

ORDEN REGISTRO COM REGISTRO SOBSCRITO

13030

COMPREV PREVIDENCIA S

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 012824941008
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 0039866670-8 00/00000000 2016

CLAUDIO JUNIOR PEREIRA

06781049488 MOGS488/PB
NOVO PB 9C2JC30707R015327

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2006 2007

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 26/12/2016

***** 0 *****

***** SEGURO P A G O 13/05/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB
19267

09/01/2017

16918

PB Nº 012824941008 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

06781049488 MOGS488/PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoctransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 09/01/2017

1 06781049488 MOGS488/PB

00898666708 HONDA/CG 125 FAN

2006 9 9C2JC30707R015327

PREMIO TARIFARIO

***** *****

***** SEGURO P A G O

***** 13/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

16918-1015329-20170109

MAI-2016

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.982.675 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 14/12/2015

NOME CLAUDIO JUNIOR PEREIRA

FILIAÇÃO TERESINHA DE JESUS PEREIRA

NATURALIDADE ITATUBA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/10/1984

D.O.C. ORIGEM NASC.N. 4472 FLS. 131 LIV. A-05

CARTÓRIO DE ITATUBA-PB

CPF 067.810.494-88

Assinado digitalmente por Claudio Junior Pereira em 14/12/2015 às 14:12:15

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CLAUDIO JUNIOR PEREIRA
RUA ANA LUCIA DE SOUZA SANTOS, S/N - PARATIBE
JOÃO PESSOA - PB CEP: 52002-953 (AG. 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.705.102/0001-40 - End. Em: 15-11-2015

Endereço: 26/02/2019 Referência: Fev/2019
Dispositivo: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO 3300 Watts - Grupo Residencial João Pessoa - PB - CEP: 52002-953
Ribeiro 17 - 6 - 521 - 1800 Nº medidor: 00038191727

Nota Fiscal: Contrato de Energia nº 0001218495-8
Cód. para Dte. Automática: 00012184958

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAN

Fev / 2019 26/02/2019 27/03/2019 067.810.494-88

UC (Unidade Consumidora): 5/1218495-8

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002. Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruído excessivo à noite, informe à prefeitura da sua cidade, cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/01/19	17154	26/02/19	17287		133	29
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quant. de Tarifas	Valor Base Calc.	Alíq. Simc/RE	Sobre Cálculo	Valor (R\$)
Tarifas			Fatores (R\$)			
			Valor (R\$)			
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,295940	8,86	27	2,37
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,489080	34,23	27	9,25
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.300	0,734520	9,74	27	2,61
0617	Subtotal		28,35	27	10,73	32,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA		2,93	0,00	0	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2019		0,11	2,07	0	0,00
0904	JUROS DE MORA 12/2018		0,19	0,00	0	0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193337

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

Data do acidente: 19/05/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193337 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO DE HEBERT) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084332/19

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

CPF: 087.163.734-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FAGNER SANTOS DA CRUZ

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
Outros

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

FAGNER SANTOS DA CRUZ : 087.163.734-05

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: 12/03/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084332/19

Número do Sinistro: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

CPF: 087.163.734-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FAGNER SANTOS DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Comprovante de residência

FAGNER SANTOS DA CRUZ : 087.163.734-05

Autorização de pagamento

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: 18/03/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA