
Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190124749

Vítima: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

Data do Acidente: 21/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

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

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: 0052905139 CPF da vítima: 60272295434 Nome completo da vítima: José Romero Bezerra de Medeiros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Romero Bezerra de Medeiros CPF: 60272295434

Profissão: autônomo Endereço: Rua Eunice Ribeiro de Araújo Número: 185 Complemento:

Bairro: Centenário Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58428150

E-mail: Inacio.manoel@gmail.com Tel.(DDD): 8333341289

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)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00505978 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ 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 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: Campina Grande - PB 07/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Romero Bezerra de Medeiros

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.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319

OCORRÊNCIA Nº 000024/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000024/19 registrada em 30/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 15:39 horas, compareceu o Sr. JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS, com 52 anos de idade, filho de ERCÍLIO LUCAS DE MEDEIROS e MARIA DAS NEVES BEZERRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão BARBEIRO, portador da Cédula de Identidade Nº 1.247.821-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 60272295434, residindo à rua EUNICE RIBEIRO DE ARAÚJO, 185, bairro CENTENÁRIO, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8730.4116.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 08h20min do dia 21.08.2018, estava transitando pela Rua Eunice Ribeiro de Araújo, Bairro do Centenário, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo o ciclomotor I/TRAXX JL 50c 2, ano/modelo 2007/2007, de cor azul, chassi nº LAAAXKBB170007555, de placa QFZ-7309/PB, licenciada em seu nome (José Romero Bezerra de Medeiros), quando o guidão travou e neste momento o comunicante perdeu o controle e acabou caindo ao solo, sofrendo fratura no antebraço esquerdo, como também escoriações pelo corpo, sendo socorrido por populares e encaminhados para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgia, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran, pois os mesmos não foram solicitados; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 30 de Janeiro de 2019

José Romero Bezerra de Medeiros
JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1717509 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.258/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Da Nascimento

PACIENTE: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS CEP: 58400002 Nascimento: 23/11/1966

Endereço: R. EUNICE RIBEIRO DE ARAUJO Sexo: M Telefone: 33222807

Cidade: Campina Grande Idade: 051 Bairro: CENTENARIO

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES BEZERRA RG: 1247821 Nº: 175

Responsável: ROBSON MORAIS CPF: Profissão: VIGILANTE

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Nascimento: 23/11/1966 CNP: 708101505911337

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 08:45:59 CONVENIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade

OBS: FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. Abusão | 19. Fratura bacia fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura bacia aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de tendão |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalme | 26. Mordedura |
| 9. Infecção subcutânea | 27. Movimento tóxico paradoxal |
| 10. Injeção | 28. Golpe enforcado |
| 11. Equimose | 29. Disparia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contusão | 32. Paralisia |
| 15. F. Cortada | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-cortado | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Sinus de liquemia |
| 18. F. Perfuro-cortado | 36 |

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada: % Grau: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *fratura do fêmur*

HTCG-Formulário Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia
() Gasometria arterial () Radiografias
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>fratura fémur</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ericsson
ORTOPEDIA
MEDICINA
CRM 4758 - SBOF 7297
Marques



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE CAMPINAS
Rua Felício de Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 06.123.654/0001-01

PARA CONSULTA COM A CAGEPA
BOMBEIO 2123 NOME DO
MATEMÁTICA

11468378

PETERSEN TA

SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSILENE OLIVEIRA DE MORAIS
RUA EUNICE RIBEIRO DE ARAUJO, 185 - CENTENARIO
CAMPINA GRANDE PB 58424-150

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
018.011.160.0872.000	000	Reserva	Consumo	Saldo	Preço	
		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15NS24443	14/11/2015	EXTERNO LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (M3)	Nº DE DIAS	
455		477		22	31	
					08/10/2018	
HIST. CONS. / ANOS. LEIT. 3 QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
AGO/2018	19	0	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
JUL/2018	20	0	TURBIDEZ	178	200	197
JUN/2018	18	0	CLORO	178	200	197
MAI/2018	17	0	COL. TERMOT	0	0	0
ABR/2018	21	0	COR	55	200	193
MAR/2018	17	0	COL. TOTALIS	178	200	200
MÉDIA(3)	18	DADOS REFERENTES A JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 08/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:11:31

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 3,94 POR UNIDADE	10 M3	39,40
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,40 POR M3	10 M3	54,00
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	2 M3	12,90
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 3,94 POR UNIDADE	10 M3	39,40
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,40 POR M3	10 M3	54,00
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	2 M3	12,90
ACRESCIMOS INCLUSIVE 2018 - 06/2018 07/2018		8,80



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=29634>

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.

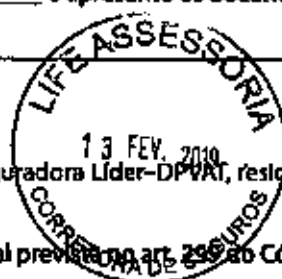
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauro Bruno Sarmento inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.781.814 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sr. Renato Bezerra de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 602.722.954 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Sr. Renato Bezerra de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 602.722.954 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Dinamizmeo Alun Correia</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>Lago 02</u>
Bairro <u>Dinamizmeo</u>	Cidade <u>Compinho Grande</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58400000</u>
E-mail <u>maurobrunocdv@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>8333341229</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 08 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Mauro Bruno Sarmento
Assinatura do Declarante

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=29634>

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.

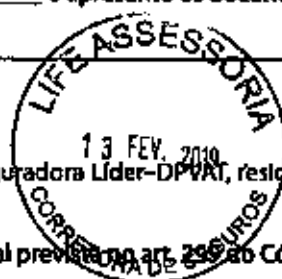
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauro Bruno Sarmento inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.781.814 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sr. Renato Bezerra de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 602.722.954 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Sr. Renato Bezerra de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 602.722.954 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 296 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Dinamizmeo Alun Correio</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>Lago 02</u>
Bairro <u>Dinamizmeo</u>	Cidade <u>Compinho Grande</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58400000</u>
E-mail <u>maurobrunocdv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8333341229</u>	Telefone celular(DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 08 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Mauro Bruno Sarmento
Assinatura do Declarante

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:1717509 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/08/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS
Endereço: R EUNICE RIBEIRO DE ARAUJO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES BEZERRA
Responsável: ROBSON MORAIS
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:
Sexo: M
Idade: 051
RG: 1247821
CPF:
Data de Atendimento: 21/08/2018
Hora: 08:45:58
CRM:
Telefone: 33223907
Bairro: CENTENARIO
N°: 175
Profissão: VIGILANTE
CHS: 708101505911337
CONVÊNIO: SUS
Especialidade:

OBJ. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de contusão |
| 5. Cortadura | 23. Laceração |
| 6. Cor | 24. Lesão tendão |
| 7. Escoriação | 25. Luxação |
| 8. Engastamento | 26. Mordedura |
| 9. Edema subcutâneo | 27. Abscessão traumática |
| 10. Sangramento | 28. Objeto encravado |
| 11. Escoriação | 29. Otite aguda |
| 12. F. Arma branca | 30. Ferimento |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Ferimento |
| 14. F. Cortado | 32. Ferimento |
| 15. F. Contusão | 33. Queimadura |
| 16. F. Contusão | 34. Rinite aguda |
| 17. F. Ferimento | 35. Sinal de liquemia |
| 18. F. Ferimento | 36. |

OBJ:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada

DIAGNÓSTICO / CID:

Tratado de 1º Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

HTCG-Plano Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Após 4h de no tratamento
e trauma no pto C*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPLAS () Fotoflagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia
() Gasometria arterial () Radiografias
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / As Dia / /

Especialista: / As Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

N°	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Tratado de 1º Grau</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ericsson Marques
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 476 - SBOY 7297





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Romero Delfino de Medeiros		
End:	Rua Rubens de Saia 175	Bairro:	Centenário
Data de Nascimento:	23.11.66	Documento de Identificação:	
Queixa:	old moto	Data do Atend.:	25.08.18
		Hora:	08.36
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

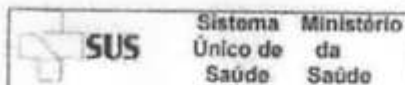
Marcelo Luiz de S. Vasconcelos
ENFERMEIRA
COREN 60549

(Handwritten signature)

Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 21/08/2018 Hora: 09:22:59



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1717551

7 - CARTÃO DO SUS

708101505911337

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/11/1966

9 - SEXO

Masc ☒ H

Fem ☐ D

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DAS NEVES BEZERRA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 Nº DE TELEFONE 33222807

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R EUNICE RIBEIRO DE ARAUJO, 175, CENTENARIO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

manuseio do antebraço esquerdo, em queda de, hób, com dor e deformidade em antebraço esquerdo do R, fractura de diáfise do rádio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queimadura Clínica + Trauma

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Rx antebraço E (AP+Perfil)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fractura do rádio esquerdo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

trat. cirúrgico fractura do rádio

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

203834486590007

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

GIOVANNINI CESAR A L DE F

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/08/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Fratura de tíbia e fíbula do membro superior

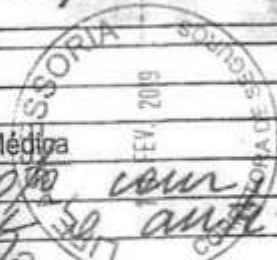
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Joel Romero Bazine de Mendonça Alojamento: Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário							Evolução Médica
5/08/18	1. Deu baixa	de								Fratura de tíbia e fíbula com
5/08/18	S-F 500ml FU PUV	12								membro superior de anti-
5/08/18	Tubo de drenagem AD FU 12/12	12								membro superior.
5/08/18	Drenagem de oco C/AD FU 6/6	12	8	00	06					por alívio e drenagem
5/08/18	Curativos gerais									do membro superior
										Início do planejamento
										cirúrgico.

DR. GILBERTO FERNANDES
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 5.121 - TEOT 0031

DR. GILBERTO FERNANDES
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 5.121 - TEOT 0031





PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA E CIRURGIA DA MÃO
CNPJ: 25.329.642/0001-60
RUA NILO PEÇANA, 568, PRATA, CAMPINA GRANDE - PB
FONE: (83) 3201-1918

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que
João Romão Botelho de Jesus
portador do CID: 552.0, esteve em
consulta médica, necessitando afastar-se de suas
atividades habituais por um período de 04
(Quatro) dia(s) à contar desta data.

Campina Grande,

21 / 09 / 18

Leonardo Cezar
Ortopedia - Cirurgia da Mão
Coloquio a Microcirurgia
CRM PB 6749 15 11 12975





www.leonardocezar.com

LEONARDO CEZAR

CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE

LAUDO MEDICO

JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS,
APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM
ANTEBRAÇO ESQUERDO, VITIMA DE ACIDENTE DE
MOTOCICLETA DIA 21/08/18 CIRURGIA REALIZADA
NO MESMO DIA, ALTA NO OUTRO DIA, EVOLUI BEM
SEM INTERCORRENCIAS, CIRURGIA REDUÇÃO E
FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSO.

CID 10 S52

14/09/18



Especialidades

- Ortopedia • Cirurgião De Mão E Microcirurgião • Nutricionista • Endocrinologista • Angiologista • Reumatologista
- Neurologia • Psicologia • Psiquiatria • Fisioterapia Neuro-motora • Fisioterapia Pélvica • Quiropraxia • Acupuntura
- Traumatobucomaxilofascial • Radiografias • Eletroneuromiografia • Clínica Médica E Ultrassonografia

leocezzar@hotmail.com

www.leonardocezar.com

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata). ☎ (83) 32011918

📱 Leonardo Cezar 📧 SOS ORTOPEDIA_CG

☎ (83) 9 99974277

Atendimento de segunda a sexta feira por ordem de chegada, 7:00 às 18:00

Urgência e Emergência 📞 (83) 9.9997.4277

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAGUAI

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



José Romário Bezerra da Silva

ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERTEJAL 1.247.821 - 2ª VIA

DATA DE
EXPECÇÃO 02/12/2014

NOME
JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

FILIAÇÃO
ERCILO LUCAS DE MEDEIROS
MARIA DAS NEVES BEZERRA

NATURALIDADE
CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO
23/11/1966

DOC. ORDEM
CERT. NASC. Nº183.988 - LIV A-195 - FLS.02 - CARTÓRIO 1º
CAMPINA GRANDE-PB

602.722.954-34

LEI Nº 7.116 DE 20.08.03



SELO DIGITAL: **AF144766-7DJS**
 Consulte a autenticidade em notadigital.tpb.jus.br

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3311-6035
 CNPJ: 09.365.245/0001-76

Bel. Pedro Oliveira da Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia colostática
 é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
 Campina Grande

28 06 17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
 Tabelião



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO CENSITARIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)


 ASSINATURA DO PORTADOR
Inacio Bruno Sarmento


 CENSITADO




ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ABOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO
 OAB
 FRANCISCO BRUNO E SILVA
 MARIA AUXILIADORA SARMENTO
 OAB
 OAB D. AGUA-PE
 21472

PAULO ANTONIO MORAES SILVA
 OAB
 21472

PAULO ANTONIO MORAES SILVA
 OAB
 21472

PAULO ANTONIO MORAES SILVA
 OAB
 21472

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - PB Nº 012710567646
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA Cód. RENAVAM 20160100077761 EMISSÃO
0107275509-0 00/00000000 2016

JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

CNPJ / CPF 60222295434

PLACA QF27309/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB

CHASSI LAAAXKBB170007555

PAS/CTCLOMOTO/NAO APTIC

GASOLINA

MARCA / MODELO I / TRAXX J150Q 2

ANO FAB. 2007

CAP / POT / CL 2 P / 49 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA
IPVA ISENTO 00/00/0000
FRAÇÃO IPVA PARCELAMENTO / COTAS
A ***** 0 3*

PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 20/07/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

21/07/2016

32875

Assinado

7005924

PB Nº 012710567646 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204



RENAVAM 0107275509-0

MARCA / MODELO I / TRAXX J150Q 2

PLACA QF27309/PB

ANO FAB. 2007

CHASSI LAAAXKBB170007555

CAP / POT / CL 2 P / 49 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA
IPVA ISENTO 00/00/0000
FRAÇÃO IPVA PARCELAMENTO / COTAS
A ***** 0 3*

PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 20/07/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 08.248.888/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7005924-1051351-20160721



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sr. Romulo Bezerra de Medeiros
 DATA DO ACIDENTE 21/08/2018 CPF DA VÍTIMA 602.722.954-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Sr. Romulo Bezerra de Medeiros
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Sr. Romulo Bezerra de Medeiros
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Lúcia Ribeiro de Sousa
 Nº 185 COMPLEMENTO BAIRRO Centenário
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58423-150
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/02/2019
 IDENTIDADE 1247821
 ASSINATURA José R. B. Medeiros

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
 NOME
 ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Romero Bezerra de Medeiros brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão vigilante, inscrito
no CPF de nº. 602.172.219-54 e no RG de nº. 192.478.21, residente
e Domiciliado a Rua: Eunice Ribeiro de Araújo, nº. 185
Bairro Centenario, na Cidade de Campina Grande
Estado Paraíba, CEP 58428150.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Invalidiz, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Romero Bezerra de Medeiros, ocorrido em 21, 08, 2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 19 de dezembro de 2018



José Romero Bezerra de Medeiros
Outorgante
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052905/19

Vítima: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

CPF: 602.722.954-34

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 21/08/2018

Titular do CPF: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS : 602.722.954-34

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: 13/02/2019
Nome: JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS
CPF: 602.722.954-34

JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA