

---

**Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

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, 24 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

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

DUT ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	048.894.681-61	HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012		
Nome completo:	CPF:	
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA	048.894.681-61	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUJO	AV. LIMA CAMPOS	SN
Complemento:	Cidade:	Estado:
CASA	TATÓIS	PB
Bairro:	Cidade:	CEP:
VITORIA	TATÓIS	58206-330
E-mail:		Tel. (DDD):
		(83) 99131-7273

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

**REDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
4982	7384		
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vel nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: TATÓIS-PB, 25 DE ABRIL DE 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Hallyson Morais de Araújo Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00660.01.2019.3.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00660.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:11 horas do dia 02 de abril de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Hallyson Morais de Araújo Costa**, CPF nº 048.894.681-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Inalda Mortais de Araújo Costa e Antônio Zenázias da Costa Silva, natural de Patos/PB, nascido(a) em 15/11/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Lima Campos, Nº s/n, bairro São Sebastião, tendo como ponto de referência De Frente a Campina Sports, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 98114-0870.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Pedro Firmino, Ao Lado do Supermercado Guedes, Patos/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**


(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO, cor VERMELHA, ano 2012/2013, placa OFG-2714, chassi 9C2JC4110DR404082, renavam 00498171760

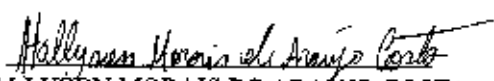
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia (10/01/19) por volta de 12h20min. o declarante estava pilotando sua motocicleta próximo ao supermercado Guedes, quando um caminhão que vinha ao seu lado fez uma conversão sem fazer a sinalização, tranco o declarante; Que o declarante foi surpreendido pela manobra do condutor do veículo, e na sequência perdeu o controle da moto vindo a cair; Que o declarante afirma que o SAMU prestou os primeiros socorros e em seguida uma ambulância do corpo de bombeiros o encaminhou ao HRP da cidade de Patos/PB; Que no HRP foi constatada uma fratura no pé direito.

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.

Patos/PB, 02 de abril de 2019.

  
HERMANDO BARBOSA RODRIGUES  
Agente de Investigação

  
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00660.01.2019.3.00.401

22 ABR. 2019

22 ABR. 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	048.894.681-61	HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 46/2012			
Nome completo:		CPF:	
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA		048.894.681-61	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUJO	AV. NINA CAMPOS	SN	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
VITORIA	TAPOS	PB	58206-330
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(83) 99131-7273		

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

**REDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4982 ☐ CONTA: 7384 ☐ 9

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

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 **(assinale 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: TAPOS - PB, 25 DE ABRIL DE 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Hallyson Morais de Araújo Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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.**



## IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 16/01/2019	Ocorrência nº	Paciente / Usuário Helenyza de Jesus da Silva	Idade 23	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local de Ocorrência Rua Fátima, 115 - Jd. Santa Helena		Cidade Lima Duarte	Município Regulator	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

## TIPO DE AGRAVO:

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

**ANTECEDENTES:**

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

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE TRANSPORTE:**☐ APOIO DIAGNÓSTICO    ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE    ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

□ OUTRO:

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ < 90 mm Hg  
 P.A.:   X   FC: FR:        TEMP.:        °C - GLICEMIA:        mg/dl - E. Com a:        SpO2s/O2:        SpO2c/O2:       

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

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

**INTERVENÇÕES:**

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

*P. latirostris* sp. n. *Silicula* *latirostris* sp. n. *Latirostris* *latirostris* sp. n. *Latirostris* *latirostris* sp. n.

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Policarpo Circo, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 06.123.884/0001-87

INFORMAÇÕES GERAIS
MATRICULA
66709997
REFERENCIA
JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

INALDA MORAIS DE ARAUJO  
RUA LIMA CAMPOS, S/N - VITORIA PATOS PB 58706-310

Inscrição	SMR	Quantidade de Economias				Responsável
		Sanitário	Cocina	Intimidade	Água	
075.013.290.0239.0001	IND	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V108043860	01/06/2010	EXT LACIM LACIMADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
787	798	11	32	21/02/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2018	7	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2018	12	TURBIDEZ		0	0	0
OUT/2018	8	CLORO		0	0	0
SET/2018	9	COL. TERMO		0	0	0
AGO/2018	12	COR		0	0	0
JUL/2018	9	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	9	DADOS REFERENTES A: NOV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 14/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:02:25

DESCRICAO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

1 M3

4,89

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 2,00 DTS E CONTEME LET 12.743/13

VENCIMENTO:

24/01/2019

Total a Pagar:

R\$ 42,80



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL Nº 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
66709997	JAN/2019	24/01/2019	R\$ 42,80

826700000001 42800010001-3 06670999701 0 01201960003 5



22 ABR. 2019



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 022.598.415



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.010.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
RUA ANTONIO BARRETO 41  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

28/03/2019

### CONSUMO

50

### VENCIMENTO

04/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 41,43

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

Roteiro: 18-118-485-8300

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

### VENCIMENTO

04/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 41,43

### MATRÍCULA

451385-2019-03-1

22 ABR. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Paulo Cesar Costa Dias  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.617.211 / 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Hallyson Moraes de Araújo Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.681 / 61  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Hallyson Moraes de Araújo Costa  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.681 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antônio Borreto</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>Patos</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58 707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9933-7273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 25 DE ABRIL DE 2019.

Paulo Cesar C. Dias

Assinatura do Declarante

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

SUS

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	MALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	INALDA MORAIS DE ARAUJO COSTA	FILIAÇÃO II	ANTONIO ZENAZIES DA COSTA SILVA
NASCIMENTO	15/11/1994	IDADE	24a 1m
PROFISSÃO	VENDEDOR	COR	PARGO
ENDEREÇO	RUA LIMA CAMPOS	BAIRRO	SÃO SEBASTIAO
CIDADE	PATOS	CEP	58704000
TELEFONE	(83)9972-6261	CELULAR	
CNS	700807940401790	R.G	3727106 SSP PB
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CPF	048.894.681-61
		REG. NASC.	

F.A.A	25441	PRONTUÁRIO	15251
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)	OPERADOR	OLVES
DATA	10/01/2019 Horário: 13:19	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	B2 - URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS		
MÉDICO	BRUNO NOBRE E FARIAS		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X MMHG TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de moto  
refere dor em M.I.D.  
EF: BCG, pulm, expiracao, oligopneus

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Exames: Rx de pulm, torax, PA, ECG, Pst. d'inter. Pst

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min. ortopédia = trauma M.I.D

DIAGNÓSTICO

Trauma de M.I.D

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Valturum 1mg 5m

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

Brundo Nobre e Farias CRM 10587 CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TMI

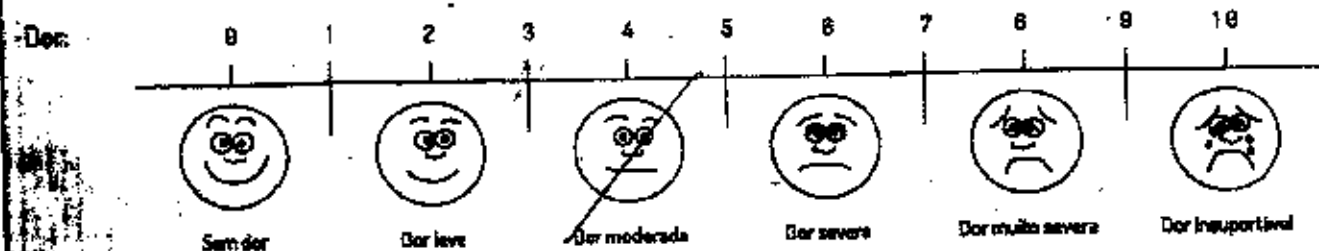
0301060061 - 0301010072

22 ABR. 2019

# **ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

38

Data 10/04/2019 Hora 12 h 45 Genero HC  
 Nome/Nome Social Wallyson Honoris de Araújo Costa  
 Origem Via Pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não  
 Doença principal/História atual da doença/Início dos sintomas Dor em MTD Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não  
 Motivo do atendimento Cidente de trânsito (Motocicleta)  
 Cliente Puta  
 Transporte Bombeiro  
 Alergia? ☒ Não ☐ Sim  
 Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim  
 Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim  
 Temp. 36.8 °C Pulso 70 bpm Resp. 18 irpm SpO<sub>2</sub> 98 % PA 120/80 mmHg HGT 170 mg/dl



Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul

Especialidade Médica Cirurgião

Acompanhante: ☐ S/ Acomp. (Setor Crítico) ☒ S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☐ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

*[Assinatura]*  
 Dr. Wallyson Honoris de Araújo Costa  
 Médico Assistente em Medicina Geral

22 ABR. 2019

HOSPITAL  
REGIONAL  
DE PATOS - PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE  
ESTADO SAÚDE

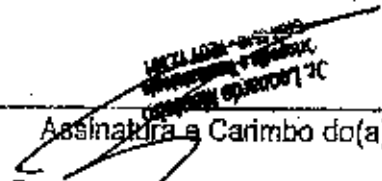
SUS

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Hallysson Moura portador(a) da  
Identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 15:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 M99, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
Trinta dias, a partir desta data.

Patos-PB, 20/04/19

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



CNPJ 08.778.263/0001-80  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELA HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

L-238

*Hallyson Moraes de Araújo Costa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Número 3.727.108 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 19/05/2017

NOME HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

FILIAÇÃO ANTONIO ZENARES DA COSTA SILVA  
INILDA MORAIS DE ARAUJO COSTA

IDENTIFICAÇÃO PATOS-PB

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1994

CPF 048.894.881-61

DATA DE EMISSÃO 19/05/2017

ASSINATURA DO TITULAR

At



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
048.894.881-61

Nome  
HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Nascimento  
15/11/1994

22 ABR 2019

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12399469

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.936/94)



SINISTRA DO PORTADOR

Paulo Cesar C. Dias

OBSERVAÇÕES



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO 22523-B

NOME  
PAULO CESAR COSTA DIAS

FILIAÇÃO  
EDWARD JOSÉ DIAS  
MARIA DO CARMO COSTA GALDINO

NATURALIDADE  
BRASÍLIA-DF

RG  
2.525.422 - SSP/DF

DATA DE NASCIMENTO  
09/10/1987

CPF  
011.617.211-85

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS  
NÃO DECLARADO

VIA EXPEDIDO EM  
01 21/06/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE

22 ABR. 2019

# SECRET

DOCUMENT IDENTIFICATION  
 NUMBER: 1044 1113

22 APR. 2019





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00