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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208505 **Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**

Data do Acidente: 21/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

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

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208505

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

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

Seguradora LÍDER

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:

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: LUCENILTO FERNANDES DA SILVA — CPF: 576 563 394-34

Profissão: AUTÔNOMO — Endereço: RUA FRANCISCA MENDES DE SOUSA — Número: 108 — Complemento: –

Bairro: JARDIM ROGÉRIO — Cidade: POMBAL — Estado: PB — CEP: 58840-000

E-mail: XTHIAGOCARNEIRO X@HOTMAIL.COM — Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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: 0732 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00007393 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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

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

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

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: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucenilto F. da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Thyago Cleydson B. Carneiro

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá ...

19 MAR 2019

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 096/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **21/01/2019** hora: **17:23 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , nascido em / / , documento: , filho(a) de e de , endereço: ***** , referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vitima: **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**, alcunha **"CACHEADO"**, Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 51 anos , nascido em 10/05/1967, cor/raça: *******, Estado Civil: União Estável, Profissão: autônomo, Escolaridade: alfabetizado, documento: RG 002.735.634 SSP-RN, filiação: Severino Fernandes da Silva e de Severina Regina da Conceição, endereço: Rua Francisca Mendes de Sousa, 108, Jardim Rogério, Pombal-PB, referência: Abrigo dos Idosos. Tel/Cel:(83) 99839-5412;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 21/01/2019 por volta das 17:23 hrs a vítima conduzia a Moto Honda CG 150 Titan, 2008/2008, cinza, chassi 9C2KC08108R266676, placa MOS-3906 de sua propriedade, mas licenciada em nome de Marivaldo Santana Trigueiro, quando pilotava pela Rodovia PB 293 no sentido Comunidade Maravilha/Paulista nas proximidades da comunidade do Sanharão, perdeu o controle da moto sozinho vindo a cair; Que em virtude do acidente sofreu traumas na cabeça e varias escoriações pelo corpo; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento, 29 de Janeiro de 2019. Às 08:23 horas.

Lucenildo F. da Silva
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Pedro Terceiro
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

19 MAR 2019

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 021.623.485

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND POMBAL	5/1106327-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	12/03/2019	241	19/03/2019	R$ 220,14

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

THYAGO AQUI

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
Roteiro: 06-227-060-6100
83690000002-4 20140054000-5 11063272019-6 03000227019-4

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/03/2019	R$ 220,14	1106327-2019- 03-0

19 MAR 2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

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

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

Pelo exposto, eu Thyago Claydson L. Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucenilda Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 576.563.394/ 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Lucenilda Fernandes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/_____, 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		Número	Complemento
Rua Coronel João Carneiro		S/N	1º Andar
Bairro: Centro	Cidade: Pombal	Estado: PB	CEP: 58840-000
Email: XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (83) 99660-7071	

Pombal, 15 de Março de 2019
Local e Data

Thyago Claydson L. Carneiro
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

19 MAR 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marivaldo Santana Trigueiro,

RG nº 1995567, data de expedição 15/12/93, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 027138314-31, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Nentor Seixas, 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 Lucenildo Fernandes da Silva, cujo o condutor era Lucenildo Fernandes da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MOS 3906 / PB
Chassi: 9CK2KC0510BF265576
Data do Acidente: 21/01/2019
Local e Data: Pombal, 13 de Março

Marivaldo Santana Trigueiro
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 463 - CENTRO
Tel 83 3431-3095 eMail cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AIH38539-1O9L
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.584-53

19 MAR 2019

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

Acidente de Moto

HRP

SAMU 17:30

CÓDIGO DA UNIDADE: 0E0734/0 CNPJ, CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Lucenildo Fernandes da Silva.

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1967 IDADE: 51 SEXO: M

NOME DA MÃE: Severina Regina Fernandes PROFISSÃO: Mecânico de Moto

CARTÃO DO SUS: 203 3332 5960 0051 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Ursulina de Sousa, 108

ESTADO: PB CEP: 58840-001 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATENDIMENTO: 04/03/2019

SINAIS VITAIS:

PA: 140 x 90 SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: 158 mg/dl

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° [illegible]
2° [illegible] 17:55 [illegible]
3° [illegible] 17:55 [illegible]
4°
5°
6°
7°
8° [illegible] 19:30
9° [illegible] 18:40
10° [illegible] 1,5 [illegible] 23P [illegible]
11°
12° [illegible] 19:30
13°
14°
15°
16°
17° 19 MAR 2019
18°
19°
20°

Dr. [illegible] Herminio de Sousa Neto
CRM-PB 8170 SUS: 137.650.0045
Cirurgião Geral

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID

OBSERVAÇÕES DA ENFERM. (EM):

Paciente [illegible] Realizado [illegible] pelo cirurgião

Tarcila Silva Formiga Fana
COREN-PE 176 [illegible]

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:
CONSULTA BÁSICA (PAO):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- [ ] 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- [ ] 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- [ ] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- [ ] 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- [ ] 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- [ ] 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- [ ] 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- [ ] 1 - PRESCRIÇÃO
- [ ] 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] OBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0 4 0 4 0 [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL **OU POLEGAR DIREITO**

X Luzinete Fernandes Farias

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

19 MAR 2019

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA	HORA	NÚMERO	PACIENTE/USUÁRIO	IDADE	SEXO
31.01.19	16:40	0225	Louresildo Fernandes Silva	51	M / F

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PB: 293 | BAIRRO: Centro | MÉDICO REGULADOR: Dr. Fernandes

( ) TRANSFERÊNCIA DE DESTINO: HR Vermelho | APOIO LOCAL: (X) PM ( ) RESGATE/BOMBEIROS ( ) PRF ( ) CPTRAN OUTRO:

QTA: ( ) NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL ( ) RECUSOU ATENDIMENTO ( ) SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ( ) LOCAL NÃO ENCONTRADO ( ) ÓBITO NO LOCAL ( ) ÓBITO NO TRANSPORTE ( ) CANCELADO ( ) OUTRO:

MOTIVO DA ATIVAÇÃO: Queda Motociclista

EXAME	ESTADO INICIAL
PELE	(X) PÁLIDO ( ) CIANÓTICO ( ) ICTÉRICO ( ) SUDORÉICO ( ) CORADA ( ) ÚMIDA ( ) FRIA ( ) PEGAJOSA
VIAS AÉREA	(X) NORMAL ( ) BRADIPNÉIA ( ) TAQUIPNÉIA ( ) APNÉIA ( ) DISPNÉIA ( ) RESP. RUIDOSA ( ) OBSTRUÇÃO ( ) HEMOPTISE ( ) TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: ( ) ESPONT. ( ) VENT. ASSIST. AUSC. PULM: ( ) MV ( ) RA - ( ) CREPTOS ( ) SIBILOS ( ) RONCOS
CARDI	(X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BCNF ( ) BCHF ( ) PRECORDIALGIA ( ) NORMOTENSO ( ) HIPOTENSO ( ) HIPERTENSO ( ) PCR ( ) EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: ( ) > 2S ( ) <2S CHOQUE: ( ) HIPOV ( ) ANAFIL ( ) SÉPTICO ( ) CARDIOG
DIGES	(X) NORM ( ) EPIGASTRALGIA ( ) HDA ( ) HEMATÊMESE
ABDO	(X) NORM ( ) DISTENDIDO ( ) DOLOROSO - LOCAL:
NEUR	(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) COMPOS ( ) DESORIENTANDO ( ) MIDRÍASE ( ) MIOSE ( ) ANISOCO ( ) ISOCÓRICA ( ) DÉFICIT MOTOR ( ) DÉFICIT SENSITIVO ( ) CONVULSÃO
GINEC	( ) TRABALHO DE PARTO ( ) ABORTAMENTO ( ) DOR PÉLVICA ( ) METRORRAGIA ( ) NASCIM. ( ) BOLSA ROTA CONTRAÇÕES/MIN: BCF: ( ) NORMOFO ( ) HIPOFOK

QUEI	CAB	PESC	TAMT	TPQS	PERI	MSD	MSE	MID	MIE
I									
II									
III									

CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
INSTÁVEL		ESTÁVEL	

SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS

HORA	17:30			
PA mmHg	120x80			
FR irpm				
FC bpm	78			
SPO2 %	95			
T_{ax} °C				
HGT mg/dl	138			
ECG				
APGAR				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

OXIGÊNIO: ___ l/min ( ) CAT. NASAL ( ) MR ( ) BVM ( ) ASPIRAÇÃO DE VVAA ( ) ELEVAÇÃO DE DECÚBITO ( ) CAN. OROFARÍNGEA ( ) IM ( ) IT ( ) SNG ( ) SVD AVP ABOCATH Nº ___ LOCAL: ___ CURATIVO: ( ) COMPR ( ) ATELES ( ) TORNIQUETE ( ) IMOBILIZAÇÃO - LOCAL: ___ ( ) KED ( ) COLAR CERV. - TAM: ___ OUTROS: ___

ANTECEDENTES: ( ) DIABETES ( ) HAS ( ) CARDIOPATIA ( ) TABAGISTA ( ) ETILISTA ( ) ALERGIAS:
MEDICAMENTOS EM USO: ___ ANTECEDENTES FAMILIARES:
QUEIXAS: Corte em sobrancelha sangrante.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos: ( ) Ansiedade ( ) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ( ) Comunicação verbal Prejudicada ( ) Confusão aguda ( ) Desobstrução prejudicada ( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas ( ) Disreflexia autonômica ( ) Dor aguda ( ) Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada ( ) Medo ( ) Intolerância à atividade ( ) Mucosa oral prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz ( ) Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular renal ineficaz ( ) Termorregulação ineficaz ( ) Troca de gases prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Volume de líquidos deficientes ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Náusea ( ) Retenção urinária ( ) Interação social prejudicada ( ) Incontinência intestinal ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Constipação ( ) Outros: ___

Intervenções:
- Acesso SSVV
- Imobilização em prancha rígida e colar cervical
- Acesso venoso periférico

Implementações de assist. evolução de enfermagem: Paciente consciente, orientado, compos: orientado, vítima de queda de moto, apresenta ferimento em arcada sobrancelha direita sem possibilidade de sutura, ou usando por e tropeção sucos, dor cervical, dor em membros inferiores, ~~[illegible]~~

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	200 ml
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
SOLUÇÃO GLICOSADA 5%	
OUTRO	

19 MAR 2019

MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO

Flaviana Alves de
Enfermeira
COREN

EQUIPE

Josiel Pereira da Silva
Condutor Socorrista
CNH: AB / RG: 7.349.201

ENFERMEIRO: COREN: TEC. ENFER.:

LOCAL DE CENTRO: H R Pombal RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

Dr. [illegible] de Sousa Neto
CRM/PE - [illegible]
Cirurgião Geral

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PE, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

19 MAR 2019

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Central 192
Paulista-PE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BASE PAULISTA
SAMU 192

Relatório de Atendimento Pré-Hospitalar / Interhospitalar

Ocorrência Nº [illegible] 21.01.19 Hora 1493

Nome do Paciente Lucimilda Fernandes da Silva Sexo

Paciente: X [illegible] Adulto ( ) Obstetrícia ( ) Pediátrico ( )

Queixa [illegible]

Procedimentos: Exam Lenhoso
Medicamentos: SR Fentanil
Destino: Hosp Ot Peuba
Médico: Dr. Neto

Intercorrências de Transporte:
Não há suporte pode Hospital

Verifique quais os medicamentos de seu hospital com a monitor. ção de vida do paciente

Procedimentos realizados
R-X e Limpeza dos ferimentos

19 MAR 2019

Condições de transferência / Pulso / Pressão / Respiração
Estabilizado e Consciente

Dr. Mariana Pereira Correia
CRM
Médica
CRM-PE 2043

Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO

Paciente: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA
Data de Nascimento: 20/05/1967
Data do Exame: 21/01/2019
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTILSICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções especificas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Calcificações parietais nos sifões carotídeos.

Ausência de fraturas desalinhadas na calota craniana e/ou coleções hemáticas intracranianas.

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

CONCLUSÃO:

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

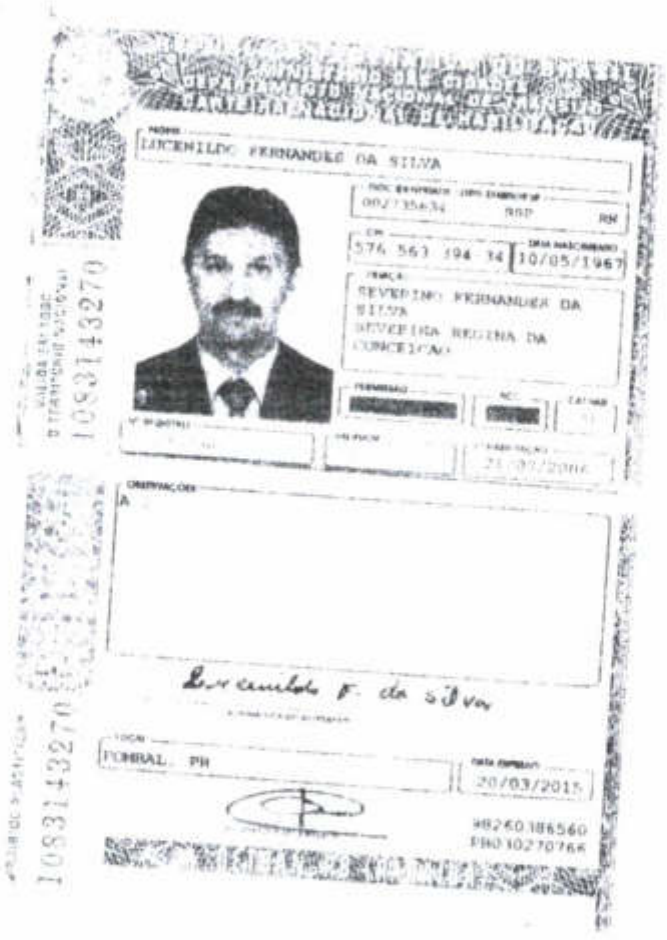
Calcificações parietais nos sifões carotídeos.

NOTA: Discreta sinusopatia fronto-esfeno-etmoidal bilateral.

19 MAR 2019

Natalia Saraiva Coelho

Assinado Eletronicamente por: Dra Natalia Saraiva Coelho CRM 10667-ES | Médica-radiologista RQE 8837-ES CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 21/01/2019 19:39:23 GMT -3 (Brasilia Time)



NOME
LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EXPEDIDOR / UF
002735634 SSP RN

CPF
576 563 194 34

DATA NASCIMENTO
10/05/1967

FILIAÇÃO
SEVERINO FERNANDES DA SILVA
SEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO

NACIONALIDADE
[redacted]

NO. REGISTRO
[redacted]

CAT. HAB.

Nº REGISTRO

VALIDADE

DATA EMISSÃO
21/07/2016

OBSERVAÇÕES
A

Lucenildo F. da Silva

LOCAL
FUNBAL PR

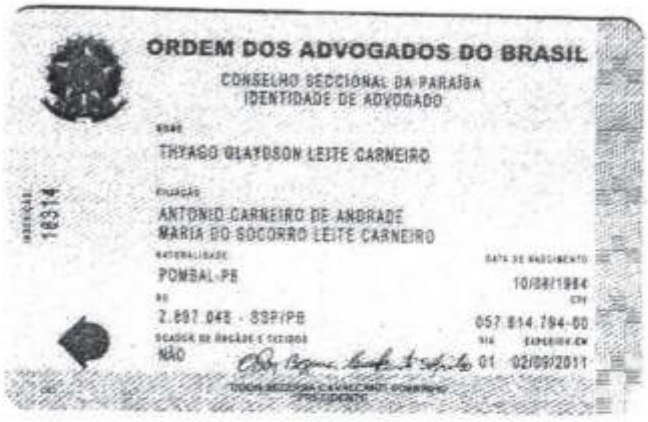
DATA EMISSÃO
20/03/2015

98260186560
PIS/10270766

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10831143270

10831143270

19 MAR 2019



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

FILIAÇÃO
ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

NATURALIDADE
POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO
10/08/1984

RG
2.697.048 - SSP/PB

CPF
057.814.794-00

SIGNATÁRIO DE ANUÊNCIA E TÍTULOS
NÃO

VIA
01

EXPEDIÇÃO
02/09/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
2697048 SSP PB

CPF
057.814.794-00

DATA NASCIMENTO
10/08/1984

FILIAÇÃO
ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº SEGURANÇA
04521750404

VALIDADE
04/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
05/12/2008

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

881438517

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
POMBAL, PB

DATA EMISSÃO
07/11/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

18547007291
PB027394069

DETRAN PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

881438517

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09899542

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

OAB

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 01420006063 5
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRI 2018090000003765-8

1 00980111189-7 00/00000000 2018

MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

02713831431 MOS3906/PB

NOVO PB 9C2KC08108R266676

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS 2008 2008

2 P/149 /CI PARTIC CINZA

IPVA 00/00/0000 1ª
******* 0 2ª
3ª

******** SEGURO P A G O 28/06/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

POMBAL-PB 03/07/2018

9440 14796

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 01420006063 5 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 03/07/2018

1 02713831431 MOS3906/PB

00980111897 HONDA/CG 150 TITAN KS

2008 9 9C2KC08108R266676

PRÊMIO TARIFÁRIO

****** ****** ******

****** SEGURO P A G O

S 28/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

14796-1421124-20180703

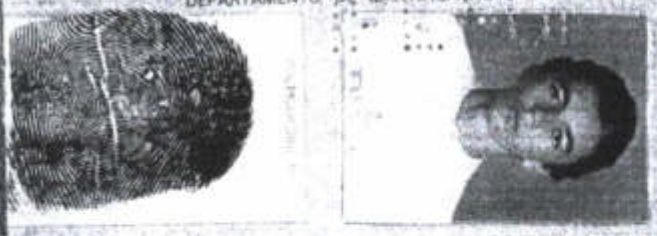
19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.105



Marivaldo Santana Trigueiro
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1995567 DATA DE EXPEDIÇÃO: 15 DEZ 1993

NOME: MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

FILIAÇÃO: Rivaldo Trigueiro da Costa
Margarida Santana Trigueiro

NATURALIDADE: Pombal-PB

DATA DE NASCIMENTO: 11.12.1975

DOC ORIGEM: Cert.de Nasc.nº2.923,Fls.99,Liv.nº A-4-Cart.de Pombal-PB

CPF

FILIAÇÃO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Marivaldo Santana Trigueiro
MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

SERPRO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 28/02/96

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

Nº de Inscrição
027138314-31

Data do Nascimento
11/12/75

19 MAR 2019

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP. 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 596.30149
REFERÊNCIA: FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO
RUA NEWTON SEIXAS, S/N - CENTRO POMBAL PB
58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias (Residencial / Comercial / Industrial / Público)	Responsável
112.005.100.0016.000	0000	1 / 0 / 0 / 0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y09S701601	26/02/2010	INSTALADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1226	1230	4	31	10/03/2019

HIST. CONS.	ANOR. LEIT.
JAN/2019	6
DEZ/2018	5
NOV/2018	3
OUT/2018	5
SET/2018	6
AGO/2018	4
MEDIA(M)	4

QUALID. AGUA-ANEXO DA PORT. 05/2017 MS.

PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORME
TURBIDEZ	46	46	46
CLORO	46	46	46
COL.TERMOT	0	0	0
COR	10	46	42
COL.TOTAIS	46	46	46

DADOS REFERENTES A DEZ/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 12:55:14

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4 M3	37,91
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		0,76
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2018		0,21
JUROS DE MORA 12/2018		

VALOR APROX. PAGO DE TRIBUTOS: R$ 1,51 NTS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 24/02/2019

Total a Pagar: R$ 38,88

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: I

INFORMAÇÕES GERAIS:
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09.

19 MAR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE DE ÓRBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDA DE ORBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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.

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**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 **Orgão Emissor:** SSP/RN **CPF:** 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** União Estável **Profissão:** Autônomo
Endereço: Rua Francisca Mendes de Souza **Nº** 108
Bairro: Jardim Bugênia **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) _____ ( ) _____

OUTORGADO:

Nome: Thyago Gleydson Leite Carneiro
RG: 2997048 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro **Nº** S/N
Bairro: Centro **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) _____ ( ) _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva
CPF: 576.563.394-34 **Data do Acidente:** 21/01/2019
Cobertura solicitada: (X) **Invalidez Permanente** ( ) **DAMS** ( ) **Morte**

19 MAR 2019

Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Lucenildo F. da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

2º TABELIONATO DE REGIST DE TITULOS/DOCU ENTOS NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ABBIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSÉ FERNANDES, 463 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 **Orgão Emissor:** SSP/RN **CPF:** 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** União Estável **Profissão:** Autônomo
Endereço: Rua Francisca Mendes de Souza **Nº** 108
Bairro: Jardim Bugênia **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) _____ ( ) _____

OUTORGADO:

Nome: Thyago Gleydson Leite Carneiro
RG: 2997048 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro **Nº** S/N
Bairro: Centro **Cep:** 58840-000 **Cidade/UF:** Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 ( ) _____ ( ) _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva
CPF: 576.563.394-34 **Data do Acidente:** 21/01/2019
Cobertura solicitada: (X) **Invalidez Permanente** ( ) **DAMS** ( ) **Morte**

19 MAR 2019

Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Lucenildo F. da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

2º TABELIONATO DE REGIST DE TITULOS/DOCU ENTOS NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ABBIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSÉ FERNANDES, 463 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do acidente: 21/01/2019

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/03/2019 Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CPF: 057.614.794-00	Data do cadastramento: 19/03/2019 Nome: JANE APARECIDA COSTA CPF: 619.395.799-53
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	JANE APARECIDA COSTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do acidente: 21/01/2019

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/03/2019 Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO CPF: 057.614.794-00	Data do cadastramento: 19/03/2019 Nome: JANE APARECIDA COSTA CPF: 619.395.799-53
THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO	JANE APARECIDA COSTA