

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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190328483 **Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS**

Data do Acidente: 28/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

161.889.694-68

Nome completo da vítima:

Orraneis Nunes Padilha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF:

161.889.694-68

Profissão:

APOSENTADO

Endereço:

R. ADRIEKO FLORENTINO DE VASCONCELOS

Número:

88

Bairro:

Belém

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58069-070

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DOS CADASTRAIS RENDA 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brazil

AGÊNCIA:

1234

CONTA:

144958

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 144958

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima no beneficiário (não identificado)

Local e Data: João Pessoa - PB 16/05/19
Nome: ORRANEIS NUNES PADILHAS
CPF: 161.889.694-68

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura:





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04229.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04229.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:24 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Orlanez Nunes Padilhas**, CPF nº 161.889.694-68, RG nº 1489920 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Aposentado, filho(a) de Carolina Justino dos Santos e Rivaldo Nunes Padilha, natural de Recife/PE, nascido(a) em 10/02/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Adalberto Florentino de Castro, Nº 88, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98865-4290.

Dados do(s) Fatos:

Local: Na Br do Município de Camalaú, Camalaú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/17 04:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O noticiante informa, que no dia 28/08/2017 às 04:40 da manhã, saiu da cidade de Camalaú-PB em direção a João Pessoa-PB acompanhado de sua esposa, Sra. Antonizete Pereira da Costa, e mais 2 amigos; que o mesmo conduzia o veículo, modelo Fox de marca Volkswagen, de Placa: OFA - 8348. Informa que ao entrar na Rodovia, colidiu com um veículo que vinha na mesma, sendo o referido veículo de modelo veraneio da marca Chevrolet. Que os passageiros do Fox ficaram aguardando aproximadamente por 40 minutos a chegada da ambulância no acostamento; Que quando a ambulância chegou o condutor do veículo e os demais passageiros foram removidos para o Hospital da cidade de Sumé – PB. Que ao chegar no referido hospital os responsáveis pelo mesmo informaram que devido a gravidade das lesões do condutor o mesmo teria que ser removido para cidade Campina Grande-PB, sendo assim, direcionados todos os passageiros para Campina Grande – PB, onde receberam os primeiros atendimentos e foram constatadas fraturas.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.

ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação

ORLANEZ NUNES PADILHAS
Noticiante



Procedimento Policial: 04229.01.2019.1.00.401

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 ASI:

CPF da vítima:

161.889.694-68

Nome completo da vítima:

Orraneis Nunes Padilha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF:

161.889.694-68

Profissão:

APOSENTADO

Endereço:

R. ADRIEKO FLORENTINO DE VASCONCELOS

Número:

88

Bairro:

Belém

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58069-070

E-mail:

Tel.(DDD):

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

DOS CADASTRAIS RENDA 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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brazil

AGÊNCIA:

1234

CONTA:

144958

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima no beneficiário (não digitalizado)

Local e Data: João Pessoa - PB 16/05/19
Nome: ORRANEIS NUNES PADILHAS
CPF: 161.889.694-68

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura



ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DISCO VERMELHO

PRONT (B.E) N°:1494530

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2017
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Andrieza Da Silva Araújo

PACIENTE: ORRANEIS NUNES CEP:58010000 Nascimento:10/02/1958

PADILHAS Sexo:M

Telefone: 88085271

Bairro:VALENTINA

Idade:059

RG:

Nº:88

Profissão:APÓSENTRADO

CPF:

CNPJ:04109449840950

Data de

Até:08/08/2017

CONVÉNIO:SUS

Horário:07:40:14

Especialidade:

CRM:

CONSEGURUROS

PREVIDÊNCIA

FONTE:

7 Edema

8 Empinamento

9 Enfisema subtútaneo

10 Estriamento

11 Equimose

12.F. Arma branca

13.F. Arma de fogo

14.F. Cortiço

15.F. Cortante

16.F. Corto-contuso

17.F. Perfurado-contuso

18.F. Perfurado-cortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Inurgitamente Venoso

23. Lesão Tendínea

24. Lesão óssea

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico parado/paral.

28. Objeto Encravado

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Parésia

32. Parenteresia

33. Queimadura

34. Rincorragia

35. Sinalis de Isquemia

36.

*Mulher com dor lombar
dolorosa e intensa.
No exame clínico -
lombalgia intensa*

RAIO X
REALIZADO EM:*28/08/17**Sat02**HGT: 112**PA**Glasgow 15**EXAME FÍSICO**PUPILAS Fotorreagentes**() Isocônicas**() Anisocônicas**() Anisocônicas**() Radiografias**()**()**()**()**()**()**()**()**()**()**()*

EXAMES SOLICITADOS:

*() Laboratoriais**() Gasometria arterial**() Tomografia Computadorizada**()*

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

*Neliz**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF**Especialista:**BMF*

QUEIMADURA:

*Superfície corporal lesada:**%**1º Grau**()**2º Grau**()**3º Grau**()**4º Grau**()**5º Grau**()**6º Grau**()**7º Grau**()**8º Grau**()**9º Grau**()**10º Grau**()**11º Grau**()**12º Grau**()**13º Grau**()**14º Grau**()**15º Grau**()**16º Grau**()**17º Grau**()**18º Grau**()**19º Grau**()**20º Grau**()**21º Grau**()**22º Grau**()**23º Grau**()**24º Grau**()**25º Grau**()**26º Grau**()**27º Grau**()**28º Grau**()**29º Grau**()*

DIAGNÓSTICO / CID:

*Protótipo**João Pessoa**Assinatura:**John Nelson**Conselho**Sales Sales**215928**Reinaldo Reinaldo**CRM CRM**200000**Carvalho Carvalho**CRM CRM*

PROTÓTIPO JOÃO PESSOA

*Assinatura:**John Nelson**Conselho**Sales Sales**215928**Reinaldo Reinaldo**CRM CRM**200000**Carvalho Carvalho**CRM CRM**200000*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nair - 28/08/17: 09:04

Paciente com história de TCE, com traumas bilaterais e na face. Ao ex. físico e na monitor.

ECG N, confuso.

FCC suspeito E).

Sem lesões que sejam suspeitas

TCE:

SI: coagulação normal e/ou

coagulina.

C.D.: Of. Neuro. Cirurg. Vnd.
Tomas Caio Monte Raso
Neurocirurgia
CMT/PR 7742

ORAS pediu

pete uterina da bama (anterior
de chalculha (reto) - levemente
e doloroso resultado da procura

AO: Amamentando subviril + hemorrágicas

DESTINO DO PACIENTE: Alta, os onguedolys

RÉSPONSABILIZADO:

MM

BLF

Pcté vitímo do Acidente Automobilístico
com traumas bilaterais e na
face. Ao ex. físico e na
monitor. Possíveis FNT. carko de
possíveis Q.

ep. 1) Possível ONU farto
2) Moro - Cn. Geral
3) Deterioração geral

Atos dos profissionais

15:00h Paciente realubrado pelo cirurgião

apresentando quadro sem necessidade no
momento Cirurgia. Esse Orientado para a tomografia
mas não apresenta alguma ameaça ao paciente.

Cd: Alta Hospitalar.

(Assinatura)

(Assinatura)

(Assinatura)

(Assinatura)

(Assinatura)

(Assinatura)

(Assinatura)

RÉSPONSABILIZADO:

MM



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

Ficha de Acolhimento

Name: <u>Orlaneis Nápolis Paesilhas</u>	End: <u>R. Adolvento Flórentino de Conto</u>	Bairro: <u>SS - São João Pessoa</u>
Data de Nascimento: <u>20/02/1958.</u>	Documento de Identificação:	P.B.
Queixa: <u>A.C. Gesso</u>	Data do Atendimento: <u>28/03/19</u>	Hora: <u>13:32</u>
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

Verde

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

MOD. 110

784747 Amarelo - atendimento até 1 hora
ENFERMEIRA Flávia Marinho
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPIFINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

30

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 6550

Dra. Miriam Almino
CRM/PB 6435

Dr. Arquimedes A. B. lira
CRM/PB 7197

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHOS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSS/PE, CPF nº 161.889.694-68, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO
Número	88
Aptº / Complemento	CASA
Bairro	SALENTOIMA I
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB
CEP	58064-070
Telefone de contato	(83) 9 8803-5547
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/08/2018.

Assinatura do Declarante



ORRANEIS NUNES PADILHAS
RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO 88 - VALENTINA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58004-070 (AG. 5)



energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Gusto Bedenfonds-João Pessôa / PB - OEP 58071-680

CNPB 109 095 183/0001-40 Inc Est 16 015 823-0

Atto Energia / Conta de Energia Elétrica N°023 652 353

Céd. para Dib. Automática: 00004029492

Ligação MONOFÁSICO.
Cis/Stc RESMTC 31 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro : 2-5-550-2280 Referência Abr/2019
Medidor 00001221096 Emissão 18/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.182/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

161 899 694-68

Page 85

Abr / 2019

18/04/2019

20/05/2019

UC (Unidade Consumidora):

5/402949-2

[Canal de contato](#)

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 23 de julho de 2008,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações dos faturamentos mensais dos débitos do ano
a que se refere, e dos anos anteriores.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil



Contrato: 8.5555.0281.677-8

CAIXA		RECEBO DE PAGAMENTO	2º VIA			
Dados do Mutuário						
MARIA CRISTINA FRANCILINO DA SILVA						
R. FRANCISCO DE ASSIS MOREI, 321 / APTO 304						
BANCARIOS - JOAO PESSOA - PB - 58000.000						
Contrato: 8.5555.0281.677-8		CPF/CGC: 012.903.904-79				
Prestação do Mês N°	107	Descrição dos 12 Últimos Pagamentos				
Prazo do Financiamento	300	Prest.	Data Venc.	Data Pagi®	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
Taxa de Juros Contratual	6,00000	095	14/05/2018	14/05/2018	657,63	657,63
Ind. Reaj. Prej. Mês conf C. Contratual	0,00000	096	14/06/2018	14/06/2018	656,03	656,03
Ind. Reaj. S.Dev. Mês conf C. Contratual	1,00000	097	14/07/2018	14/08/2018	679,31	654,51
Categoria Profissional	000.000-0	098	14/08/2018	15/08/2018	667,92	679,64
Taxa de Juros c/ Relacionamento	6,00000	099	14/09/2018	14/09/2018	652,89	665,97
Sistema de Anotização	SAC	100	14/10/2018	14/11/2018	674,27	674,28
L. Financ./Or. Recursos	310/25	101	14/11/2018	14/11/2018	649,64	649,64
TP	310	102	14/12/2018	14/12/2018	648,01	648,01
UNO - Agência de Contrato	0037-0	103	14/01/2019	14/01/2019	646,38	646,38
Extrato de Evolução		104	14/02/2019	13/02/2019	644,76	644,76
Saldo Devedor Teórico em R\$	61.269,78	105	14/03/2019	14/03/2019	643,14	643,14
Juros/Correção do Mês (R\$)	307,94	106	14/04/2019	15/04/2019	641,52	641,52
Amortização do Mês (R\$)	317,45	TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$)		0,01		
Extrato de Evolução FGTS na Prestação		Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)				
Saldo anterior	0,00	Demonstrativo		Valor		
Correção mês:	0,00	Prestação	625,39			
Utilização mês:	0,00	FGHAB	14,50			
Salto atual	0,00	FCVS	0,00			
SEU CONTRATO POSSUI DÉBITO EM CONTA		Diferencial de Juros + TR	0			
CASO		Taxa Administração	0			
PAGUE ESSE BOLETO, CONTATE A AGÊNCIA		Taxa Oper. Mensal	0,00			
PARA		Diferença Prestação Emitida	0,00			
CANCELAR O DÉBITO DESTA PRESTAÇÃO NA		Subsídios Governo/Bônus	0,00			
CONTA		Quota FGTS Nº0	0,00			
ATENÇÃO: Veja campo Descrição dos 12 Últimos		Via de Mutuário - Autenticação Mecânica				
Pagamentos. Tem prestação não relacionada?						
REGULARIZE. PAGUE NA ORDEM do						
VENCIMENTO						
Informe FEBRABAN 15/2015: adequação do código		RECEBO DE PRESTAÇÃO COM DÉBITO AUTOMÁTICO, PAGAR APENAS SE O DÉBITO NÃO				
de barra dos boletos em 2017. Procure a		OCORRER.				
CAIXA se precisar substituir seu boleto.		*** SENHOR CAIXA SÓ RECEBER À PEDIDO DO CLIENTE ***				

- **Débito Automático em Conta:** Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cômodo e gratuito. Procure a sua agência.
 - **Mudança de endereço e telefone:** Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA para atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
 - **Canais para pagamento:** Terminais de auto-atendimento CAIXA, Internet "Banking" CAIXA, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Rede bancária. Consulte no SAC CAIXA os limites de pagamento em cada um dos canais.
 - **2ª via do carnê:** Obtenha a 2ª via de seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br
 - **Pontualidade no Pagamento:** Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transtornos e pagamento de juros por atraso. O não pagamento das prestações acarreta o registro do cliente nos cadastros informativos de créditos e sujeita o contrato a ações de cobrança administrativas e judiciais.
 - **Caso conste prestação vencida anterior,** o pagamento efetuado será utilizado para quitação da prestação mais antiga vencida e não paga.

De Olho na Qualidade Minha Casa Minha Vida - Atendimento ao Comprador: 0800 721 6268
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

CAIXA |194-0|

10498 17990 21034 185543 55028 162736 6 78890000061989

Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NA CAIXA OU CASAS LOTÉRIAS					Vencimento 14/05/2019
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço: Caixa Econômica Federal - 00.360.305/0001-04 RUA DAS TRINCHEIRAS, 91 CENTRO - JOAO PESSOA - PB - 58.041-141					Agência/Código Beneficiário 0637-0/817992
Data Documento: 14/05/2019	No. Documento: 31019059034	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número 14034855550281677
Uso do Banco	Carteira SIACI	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 639,89
Informações de Responsabilidade do Beneficiário: - Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária. - Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da CAIXA, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".					(-) Descontos/Abatimentos ***** (-) Outras Deduções ***** (+) Mora/Multa ***** (+) Outros Acréscimos ***** (+) Valor Pago 639,89
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço: MARCIA CRISTINA FRANCELINO DA SILVA - 012.903.904-79 R FRANCISCO DE ASSIS MOREI, 321 / APTO 304 BANCARIOS - JOAO PESSOA - PB - 58000-000					<i>COMPRE SEGUROS</i> <i>PRO</i> <i>AG.</i> <i>16 M</i> <i>COMP</i>

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço
MARCIA CRISTINA FRANCELINO DA SILVA - 012 903 904-79
R FRANCISCO DE ASSIS MOREI, 321 / APTO 304

Sacculina holista

Business Ethics and Norms

Eichardt Communications

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Adailson da Silva Filho
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.056.964 ,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ivanis Nunes Padilhas inscrito (a) no CPF sob o Nº 161 889 694 ,68
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ivanis Nunes Padilhas
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 161 889 694 ,68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Francisco de Assis Moreira</u>	Número:	<u>321</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bombarões</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58000 - 000</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: João Pessoa - PB 23/05/2019

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976.
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 161889694-68,
com Domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADALBERTO FLORENTINO
DE PAUTA nº 88, complemento, VALENTINA I, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente ocorrido com a vitima _____,
cujo o condutor _____
era _____.

Veículo.....: FOX
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2012
Placa.....: OFA 8348/PB
Chassi.....: 9BWAB4547C4056436
Data do acidente: 28-08-2017

Local e data:



Bartório Azevedo Bastos

JOÃO PESSOA, 03-08-2018

X

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Bartório Azevedo Bastos

Orlaneis Nunes Padilhas

Assinatura do CONDUTOR (quando a vitima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

16 MAIO 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELOMATO DE NOTAS - Código CNJ 06/200-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1046 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58000-001 | www.cartorioscarts.net.br | Tel.: (031) 214-5404 | Fax: (031) 214-5405

Reconheço por Semelhança a assinatura de

ORRANEIS NUNES PADILHAS

a qual confere com o pedestal registrado nessa serventia, dou N.
João Pessoa, três de Agosto de dois mil e dezotto
Em Teste _____ de verdade.

Rubevalva Cristina Costa dos Santos, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.13)

Selo Digital de Fiscalização - Tipo-AH97612-2D8A

Confira os dados do selo: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nair - 28/08/17: 09:04

Paciente com história de TCE, com traumas bilaterais e na face. Ao ex. físico e/ou monitor.

ECG N, confuso.

FCC suspeito E).

Sem lesões que sejam suspeitas

TCE:

SI: cefaléia intensa e/ou

confusão.

C.D.: Of. Neuro. Centro. Und. Tomás Coelho Monte Raso
Sofána FCC
Neurocirurgia
CMT/PB 7742

ORAS pediu

pete utmto da buma (anamnese) de chaulcuna (relações) - relatório multidisciplinar e descreve lesões da face.

CD: Amputação da unha do dedo + feridas

destino do paciente

RH/EP/PR/EMT

RR/EP/PR/EMT

</div



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

Ficha de Acolhimento

Name: <u>Orlaneis Nuno Paolilloh</u>	End: <u>R. Adolvento Flórentino de Conto</u>	Bairro: <u>SS - São João Pessoa</u>
Data de Nascimento: <u>20/02/1958.</u>	Documento de Identificação:	P.B.
Queixa: <u>A.C. Gono</u>	Data do Atend.: <u>28/03/19</u>	Hora: <u>13:32</u>
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

01

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

MOD. 110

78704747 Amarelo - atendimento até 1 hora
ENFERMEIRA Flávia Marinho
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPIFINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

30

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

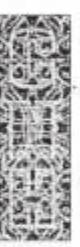
Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 6550

Dra. Miriam Almino
CRM/PB 6435

Dr. Arquimedes A. B. lira
CRM/PB 7197

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

NOME ORLANDIS NUNES PADILHAS		DOC IDENTIDADE / DRG EMISSOR UF 1489920 559 PE	
		CPF 161.889.694-68	DATA NASCIMENTO 10/02/1958
		PAÍS RIVALDO NUNES PADILHA	
		CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS	
		PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CAIXA <input type="checkbox"/> B	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1289169622		VALIDEZ 07/06/2021	1ª HABILITAÇÃO 07/03/2012
		OBSERVAÇÕES  ASSINATURA DO PORTADOR	
		LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 08/06/2016
			

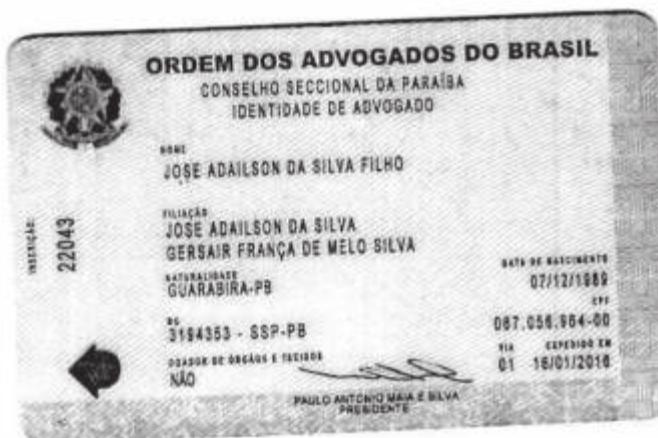
PROIBIDO PLASTIFICAR
1289169622



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: ORGANEZIS RONÉS RADTKE	
Nº DO DOCUMENTO / CARTEIRA: 1289169622	
DATA DE EMISSÃO: 06/06/2016	
LUGAR: JOÃO PESSOA, PB	
PRAZO DE VIGÊNCIA: 06/06/2016	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS	
PROJETO PLASTIFICAÇÃO	
CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

[Handwritten signature over the stamp area]

1289169622



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: CÓD. RENAVAM: 20170000285207 EXERCÍCIO:
1 0034783690-9 00/00000000 2017

NOME:
ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF / CNPJ: 16188969468 PLACA: OFA8348/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9BWAB45Z7C4056436

ESPECIE TIPO: PAS / AUTOMÓVEL / COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: VW / FOX 1.6 PRIME GII ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CAPI / POT / CIL: 5 P/104 /CV CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS
I P V A *****	00/00/0000	1 ^o
FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o
		3 ^o

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO:
***** SEGURADO 31/07/2017

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA - PB

42692



Arabela
Agente de Vendas da Série
Dirceu Silveira Mendes - DETRAN-PB

DATA: 31/07/2017

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 013221590392 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

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 31/07/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 16188969468 PLACA: OFA8348/PB

RENAVAM: 00347836909 MARCA / MODELO: VW / FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB: 2011 CAT. MAR: 1 N° CHASSI: 9BWAB45Z7C4056436

PRÊMIO TARIFÁRIO:
RNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) SEGURO PAGO
***** ***** PAGO

S PAGAMENTO: 31/07/2017
COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731



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

♦ O SEGURO DPVAT SOBRE DANOS PESSOAIS
CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA
TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

♦ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADES, EM TODO O
TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS,
PASSEIROS OU PEDESTRES.

♦ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE,
INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

♦ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU
BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO
ABASMO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS
PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADO (CONSULTE-OS
EM www.seguradoratidener.com.br). SE TIVER DÚVIDAS
LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

♦ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMADA E
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO
DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 12.800,00	de R\$ 1.500,00	de R\$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO
PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTÍCAGO DE
ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE
DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍMULO COMO PALEJO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO
DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL DA CIRCUROSÍRCIO DO LOCAL
DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A
VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES
PERMANENTES, TOTAL OU PARCIAL; DE ACORDO COM OS
PERCENTUAIS DA TABELA, CONSTANTE DO ANEXO DA LEI
8.194/1974 (ALTERAÇÕES).

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETO
DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE CONFIRME QUE AS
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM
DECORRER DO ATENDIMENTO A VÍTIMA DE DANOS
CORPOSAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO
VÉHICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CONTA
ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE
TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS,
RELACIONADAS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR
UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
PROFISSIONAIS, QUANDO ESTES FORAM COBRADOS
DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS
OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINALS, COMPROVANDO O
PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS
ORIGINALS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU
COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA,
CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO
DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O
ATENDIMENTO E COPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO
DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL
QUANDO HOUVER.

♦ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNSP/N° 273/2012.

♦ IMPORTANTE:

♦ NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU
QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR INTRADA NO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACCOMPANHAR O
ANDAMENTO DO PROCESSO.

♦ O REEMBOLSO DE DIAS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPLEMENTARES ESTÁ LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE OS REQUISITOS DO
ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP/N° 273/2012.

♦ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU
REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

♦ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR
VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

♦ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VÉHICULOS, DE ACORDO COM A LEI N°
8.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VÉHICULOS.

♦ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE
SILHETE.

♦ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO
DE PROPRIEDADE DE VÉHICULOS AUTOMOTORES - IPVA.
CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAGEM, O
VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO
IMPOSTO E DO SEGURO OCORREREM SEMPRE NA
MESMA DATA.

♦ O VÉHICULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAN N° 684/1998).

♦ 50% DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

♦ 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.194/1998).

♦ 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
(PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI N° 9.503/1997 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
Seguradora Dider - DPVAT
www.seguradoratidener.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT: PEDISSOS DE
INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES,
LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS
E OUTRAS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS -
NUTAQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO,
NORMALIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE
SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA,
RESEGURADO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

GURD OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190328483 **Cidade:** Camalaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS **Data do acidente:** 28/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO DO parietal esquerdo.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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

NOME ALINE PEREIRA DA COSTA

DOC IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR UF
1284688 SSP PB



CRF 659.700.394-20 DATA NASCIMENTO
06/03/1968

MUNICÍPIO JOSE CARVALHO DA COSTA

SEVERINA PEREIRA DA
COSTA

MENSAJES ACC CASH

███████████ B

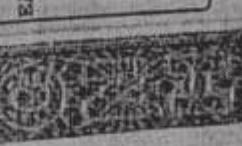
VALIDADE 21/11/2019 1ª VALIDAÇÃO

27/02/1998

00563894771
VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1631846581

ONDE:



Alma Pereira da Costa

ASSINATURA DO PORTADOR

JOAO PESSOA, PB
15/01/2018

86180687126
PB036066443
ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

1631846581
PRODUTO PLASTIFICAR





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	DATA DE EMISSÃO
463.833 29 VITA	01.09.1993
NAME	ADGENILDA SOUZA DA SILVA
PLACA	Antônio Joaquim de Souza
TIPO	Josefa Correia de Souza
João Pessoa-PB	
02.04.1959	
DOC. ORIGINAL CERT. DE CAR. N.º 3.627, PLS. 14 /	
LIV. B-7 CART. 19 J. PESSOA-PB	
01.206926414-91	
LEIA MUITO DE PERTO	
NUNCA FAZER COPIAS	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190328483 **Cidade:** Camalaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS **Data do acidente:** 28/08/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA REGIÃO DO parietal esquerdo.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

Número do Sinistro: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF: 161.889.694-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2017

Titular do CPF: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 23/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA