
Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032007

Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO MOURA NASCIMENTO

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032007 Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Data do Acidente: 10/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO MOURA NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032007

Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO MOURA NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000000288-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 115.032.334-56 Rodrigo Moura Nascimento

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

5 - Nome completo: Rodrigo Moura Nascimento 6 - CPF: 115.032.334-56
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua Ilda Neto Peixoto 76 9 - Número: 76 10 - Complemento:
11 - Bairro: Neutel Santiago 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91300-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 ☐ CONTA: 00288 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

34 -
Assinatura legível
Assinatura legível
Assinatura legível
Assinatura legível

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

CASA DE CREDITO E CAIXA

(BANCO DE CREDITO)

POTU DE CREDITO

CREDITO DE CREDITO

CREDITO DE CREDITO

AUTO-ATENDIMENTO

AO, TAMANDO

DATA: 02/05/2013

HORA: 17:24:09

TERMINAL: 073518H1

CONTROLE: 073518090544

AGENCIA: 3348 - TIBIRI

CONTA: 013.0000248-0

CLIENTE: ROBERTO MOIRA NASCIMENTO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA

ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2013

DATA	VALOR
07/04	0,93
02/05	0,16

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA	HISTÓRICO	VALOR
25/04	SAQUE TERMINAL	2,100

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR 0,930			

CAIXA

02/04	057250	CRED TEV	176,250
02/04	198522	SAQUE TERMINAL	2,100
03/04	136795	CRED TEV	846,010
03/04	031503	SAQUE ATM	175,000
05/04	050024	SAQUE ATM	845,000
07/04	000000	REM BASICA	0,000
22/04	114617	CRED TEV	350,000
24/04	241333	SAQUE B24H	350,000

(CAIXA 348)

Malo

www.caixa.gov.br

02/05 222200 REM BASICA 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1970/2019.

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Registro de Ocorrências desta Delegacia, cujo teor passo a transcrever na íntegra: **Aos (18) Dezoito dias do mês de Dezembro do ano de (2019) dois mil e dezenove**, nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba, e no Cartório desta Delegacia Distrital, onde se encontrava presente o **DPC. LEONARDO SOUTO MAIOR SOARES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 09h33 min. compareceu: **RODRIGO MOURA NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, recepcionista, nascido aos 22/11/1994, com 25 anos, natural de Custódia/PE, de RG de nº 4054101-SSP/PB; CPF- 115.032.334-56, filiação; Roberto dos Santos Nascimento e de Cláudia Moura Farias, residente na rua: Hilda Neto Peixoto, nº 76, Eitel Santiago, em Santa Rita/PB.

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE

- ✓ DATA DO FATO E HORA: 10/08/2019 - 06h00 min,
- ✓ LOCAL: Av. Conde em Tibiri-II, em Santa Rita/PB.
- ✓ A VÍTIMA NA HORA DO FATO CONDUZIA O VEÍCULO? SIM. Uma moto de marca HONDA BROS, NXR 150, MIX ES, de cor vermelha, ano/fab 2010, ano/mod 2010, de placa: KGA-9534/PB, de chassi: 9C2KD0520AR022202;
- ✓ UNIDADE DE SAÚDE PARA O QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Que; diz o noticiante que buscou atendimento médico na UPA, em Tibiri-II, em Santa Rita/PB, por volta das 20h00 min, do mesmo dia do acidente, em razão de está sentindo fortes dores e inchaço no tornozelo esquerdo, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos, sendo submetido a exame de raio X, em seguida encaminhado para o Hospital de Mangabeira em João Pessoa - (Trauminha).

NARRATIVA DOS FATOS:

- ✓ Que; afirma o noticiante que no último dia 10/08/2019, por volta das 06h00 min, ocasião em que conduzia sua moto de marca HONDA BROS, NXR 150, MIX ES, de cor vermelha, ano/fab 2010, ano/mod 2010, de placa: KGA-9534/PB, de chassi: 9C2KD0520AR022202, na av. Conde, em Tibiri-II, em Santa Rita/PB, com destino a sua residência no endereço acima mencionado, e nas proximidades do Império, em Tibiri-II, em Santa Rita/PB, foi trancado por um veículo com características não identificadas, bem como o condutor do veículo também não foi identificado, em razão do mesmo não haver parado para prestar socorro ao noticiante (vítima) tomando destino ignorado; Que diz o noticiante, que após ser fechado pelo veículo não identificado, perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo, sofrendo uma fratura (Trauma no tornozelo esquerdo); Que; diz o noticiante que no momento do acidente, foi socorrido por um popular, (pessoa do povo), que conduziu o noticiante para sua residência, no endereço acima mencionado, entretanto, diante das dores e da inflamação no seu tornozelo, buscou atendimento na UPA de Tibiri-II, por volta das 20h00 min, onde foi submetido a exame de Raio X, sendo constatado a fratura de tornozelo; Que; o noticiante, foi encaminhado para o Hospital de Mangabeira - (Trauminha), onde foi submetido a avaliação médica de imagem que evidenciou fratura de maléolo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/08/2019, com alta médica dia 21/08/2019, conforme certidão de nº 1974/2019, expedida pelo Complexo Hospitalr de Mangabeira - (Trauminha). **O referido é Verdade. Dou Fé.**

RODRIGO MOURA NASCIMENTO

RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Noticiante

Joselito Humberto Nunes Rodrigues

Joselito Humberto Nunes Rodrigues

Mat. 137.342-1

Escrivão ad-hoc

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 115.032.334-56 Rodrigo Moura Nascimento

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

5 - Nome completo: Rodrigo Moura Nascimento 6 - CPF: 115.032.334-56
7 - Profissão: recuso 8 - Endereço: Rua Ilda Neto Peixoto 76 9 - Número: 76 10 - Complemento:
11 - Bairro: Neutel Santiago 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91300-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 ☐ CONTA: 00288 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

34 - ☐ Não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020
RODRIGO MOURA NASCIMENTO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

CASA DE CREDITO E CAIXA

(BANCO DE CREDITO)

POTU DE CREDITO

CREDITO DE CREDITO

CREDITO DE CREDITO

AUTO-ATENDIMENTO

AO, TAMANDO

DATA: 02/05/2013

HORA: 17:24:09

TERMINAL: 073518H1

CONTROLE: 073518090544

AGENCIA: 3348 - TIBIRI

CONTA: 013.0000248-0

CLIENTE: ROBERTO MOIRA NASCIMENTO

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA

ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2013

DATA VALOR

07/04 0,93

02/05 0,16

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA HISTÓRICO VALOR

25/04 SAQUE TERMINAL 2,100

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 0,930

CAIXA

02/04	057250	CRED TEV	176,250
02/04	198522	SAQUE TERMINAL	2,100
03/04	136795	CRED TEV	846,010
03/04	031503	SAQUE ATM	175,000
05/04	050024	SAQUE ATM	845,000
07/04	000000	REM BASICA	0,000
22/04	114617	CRED TEV	350,000
24/04	241333	SAQUE B24H	350,000

(CAIXA 348)

Malo

www.caixa.gov.br

02/05 222200 REM BASICA 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000

02/05 100300 CRED TEV 0,000



CERTIDÃO

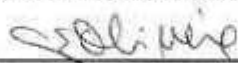
Nº. 1974/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº252274 e Prontuário nº 2019.08.001062 pertencentes a **RODRIGO MOURA NASCIMENTO** que foi atendido dia 10/08/2019 às 21H40min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/08/2019 com alta médica dia 21/08/2019.

E para constar eu Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de Dezembro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPL. DO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 252274 Atd. Regulado
Data: 10/08/2019
Hora: 21:40:26
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.08.001062

CNS: 898000438001933 Sexo: M IDENTIDADE: 4054101 Fone: 987667366

Natural: RECIFE/PE Data Nasc.: 22/11/1994 Id: 24 ano(s)

End.: RUA/ HILDA NETO PEIXOTO, 76 CPF-115032334-56

Bairro: HEITEL SANTIAGO Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: CLAUDIA MOURA FARIAS

Pai: ROBERTO DOS SANTOS NASCIMENTO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: RECEPCIONISTA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 987667366 / IDENTIDADE: 4054101

Pr. dencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE TIBIRI /SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS 06:00/EM SANTA RITA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

C. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

FRATURA EM FIBULA DISTAL ESQ

SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Giacomo de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11.570

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

P RODRIGO MOURA R.

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M=

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000000288-0

Nr. da Autenticação 22274A7F80BA21A7

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 225 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INDICAR TELEFONINHO
MATRÍCULA

6940862

REFERÊNCIA

AGO/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CLAUDIA MOURA FARIAS
RUA ILDA NETO PEIXOTO, 76 - HEITEL SANTIAGO SANTA
RITA PB 58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
003.015.380.0085.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
ADSE152210	30/03/2006	JARD LAC LUGADO	POTENCIAL	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
1462	11	33	26/09/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUL/2019	11	60	PARÂMETROS	EXTG.	ANALIS. CONFORMES	
JUN/2019	11	60	TURBIDEZ	0	0 0	
MAI/2019	11	60	CLORO	0	0 0	
ABR/2019	11	60	COL. TERMOT	0	0 0	
MAR/2019	11	60	COR	0	0 0	
FEV/2019	11	60	COL. TOTAIS	0	0 0	
MEDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: JUN/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 27/08/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:53:51

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

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

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2019 06/2019

1,72

JUROS DE HORA 05/2019 06/2019

1,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

08/09/2019

Total a Pagar:

R\$ 45,63



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: CASA FECHADA

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6940862	AGO/2019	08/09/2019	R\$ 45,63

82670000000 1 45630010003 3 09694086201 1 08201910003 9



Nº do Documento	Data de Emissão	Valor do Documento	Valor Pago
315054400074 76127	00/06/2019 1201511	27/11/2019	R\$ 229,87



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/815/OTECWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rodrigo Moura Nascimento Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.032.334/56

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rodrigo Moura Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.032.334/56 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 à 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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Rodrigo Soares de Almeida Data da Admissão: 10/08/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Examenos

Medicações em uso: _____

Giacomo de Freitas Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11.576

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

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

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

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: RODRIGO MORAES NORIMATO				Registro:	
Idade: 24a	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 20/08/19	Cirurgião: DR ROBERTO SANTO			1º Assistente: KENIO R d	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
fx de miossol o LATON					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
o unguis					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
OSTEOSTOMIA					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
geral e antissépsia
preparação de campos estéril

Incisão:

Incisão em região lateral de
T.N.2. (B)

Achados:

Visualizado focos de fraturas

Conduta:

Realizado redução de fraturas
e aposição de placas 1/3 tubular
com 8 parafusos corticais e
1 parafuso bicanal sob uso
de fluoroscopia de fratura
Lum.
Sutura
curativo
Tala gesso

Fechamento:

OBS:

Data: 20.08.19

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



HILDA NETO PEREIRA - 75 - HENTEL, SANTO BRTA / PS-02819000
Complemento:
Setor: Misto / Sexo: F / Data de nascimento: 22/11/1964
CPF: 888000438001933
Esp.: CLINICA GERAL
Nome Social:
Mê: CLAUDIA MOURA FAIAS
Telefone: / 33 99143381
Prontuário: 622331
Data Atendimento: 10/06/2019 15:17:09
Consultar: SUS
Nacionalidade: BRASILEIRA
Grav. Instrução: Sem vacinacão

FICHA DE ATENDIMENTO - PA

PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

Classificação de Risco

Verde	Amarelo	Vermelho

131X05	HGT:	Pulso:	Temp.: °C	Peso:	Saturação:	FR:

10/06/2019 16:30:02	ENFERMEIRO(A)
---------------------	---------------

o do atendimento e descrição do exame Clínico/Amarelo:
Paciente: D(1) FRANCISCO DSON OLIVEIRA DA SILVA - CRM: 10657 - 10/06/2019 - 16:37:52
O DE DOB EM TORNOZELLO ESQUERDO EDEMA APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA 12 HORAS
se Complementares Realizados/Solicitados:
ORATELA DE PE / DEDOS DO PE
res. diagnóstica:
Exame médico geral / Atendimento: D(1) FRANCISCO DSON OLIVEIRA DA SILVA - CRM: 10657 - 10/06/2019 - 16:37:52
ta (Tratamento Realizado/Solicitado):

Resumo / Procedimentos
HA SOCIA 500 MÓDULO - 2 MÓDULO APRENDIZADO EM 10/06/2019 16:01:00
ETASOMIA E MÓDULO - 25 MÓDULO APRENDIZADO EM 10/06/2019 16:01:00
ENDDO SÓCIO 75 MÓDULO - APRENDIZADO EM 10/06/2019 16:01:00

Atendimento:
Grupo de atendimento:

20h06 - 06h06 - 06h06
06h06 - 06h06

Dr. Danilo Rocha Lins
Médico
CRM/PA 10657

Dr. Francisco Edson D. da Silva
Médico
CRM/PA 10657

D(1) FRANCISCO DSON OLIVEIRA DA SILVA
CRM: 10657

Assinatura do paciente/responsável
Data de Emissão: 10/06/2019 19:01:23 pelo usuário FRANCISCO SILVA
Usuário da Recepção: FABIANA NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE

PB

NOME
RODRIGO MOURA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
4054101 88DS PB

CPF 115.032.334-56 **DATA NASCIMENTO** 22/11/1994

FUNÇÃO
ROBERTO DOS SANTOS
NASCIMENTO
CLAUDIA MOURA FARIAS

PERMISSÃO **ACC** **CRIMAS**
[] [] []

UF RESIDÊNCIA 66338976297 **VALIDADE** 14/06/2022 **1ª HABITAÇÃO** 23/10/2017

OBJEÇÃO
RAR:

RODRIGO MOURA NASCIMENTO
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO** 24/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 96884355704
PB037777157

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1665449070

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1665449070

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / CRI. EMISSÃO DE 2627716 SEP PR
	CPF DATA NASCIMENTO 045.502.754-74 21/08/1982
	RENÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
PERMISSÃO 2020202020202020	ACC 2020202020202020
1ª HABILITAÇÃO 01851262666	2ª HABILITAÇÃO 29/06/2001
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;"><i>Alexandra Cesar Duarte</i> SIGNATURA DO TITULAR</p>	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 17/01/2014
<p style="text-align: center;"><i>Rodolfo Cunha/br</i> ASSINATURA DO EMITENTE</p> <p style="text-align: center;">66588356744 08027912595</p>	

SALIDA EM 1008
894056231

PERMISSÃO PLACIFICAR
894056231

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014666594660
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA COD RENAVAM 1 002005272222 0000000000 EXERCÍCIO 2019

RODRIGO NOUZA NASCIMENTO

11503222222

PLACA KGA9534/PB

PLACA ANT/UF KGA9534/PB

CHASSI 9C2KD0520AR022202

FAB/MOTOCICLETA NA APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/INSTRUMENTOS MIX ES

2010 2010

CAP/PU/CIL 2 P/143 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO/COTAS 0

2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

ICF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 06/05/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JORO PESSOAL

DATA 12/07/2019

19353

16918

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS,
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR
TRANSPORTADAS, OU NAO, SEC

PB Nº 014666594660

BILHETE

ESTE É O SEU BILHETE DO SE
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE

www.seguradoralider
SAC DPVAT 0800 022

MA 11503222222

002005272222 HONDA/INSTRUMENTOS

ANO FAB 2010

CAT. TIF 5

9C2KD0520AR022202

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DENATRAN (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

ICF (R\$)

SEGURO

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELAS

SEGURADORA LÍDER

CNPJ 09.248.608/000

16918-0817197-2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032007 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13 - DO ANEXO 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Rodrigo Moura Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão desempregado, residente e domiciliado à Rua Alba Lima Pereira, nº 76, bairro Taiá, Santa Rosa, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58220-020, portador(a) do Rg nº 4054101, SSP/ PB e CPF nº 115.032.334-56.

Outorgado: Alexandre Cesar Azeite, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. T. A. Costa Azeite, nº 155, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58220-020, portador (a) do RG nº 262.77.18, SSP/ PB e CPF nº 045.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Rodrigo Moura Nascimento, ocorrido em 10.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza trânsito.

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

João Pessoa, 17 de setembro de 2019.

Rodrigo Moura Nascimento
Outorgante
CPF Nº 115.032.334-56

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-042411

Reconheço por autenticidade a firma de RODRIGO MOURA NASCIMENTO.

Doi fe' em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 17/09/2019 09:34:07
EMOL: R\$ 9,91 FEP: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJO39047-65AP
Confira a autenticidade em <https://revalida.trf.pb.gov.br>

MARCELEIDE ALEXANDRE DA SILVA MORAIS - ESPEVENTE AUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027094/20

Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

CPF: 115.032.334-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

RODRIGO MOURA NASCIMENTO : 115.032.334-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027094/20

Número do Sinistro: 3200032007

Vítima: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

CPF: 115.032.334-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: RODRIGO MOURA NASCIMENTO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA