
Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELVIS SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 000006714-5

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: 075.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elieus Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elieus Santos da Silva 6 - CPF: 075.040.634-71
7 - Profissão: Carreador 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nescuro (velho)?: ☐ 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 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.

34

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: _____

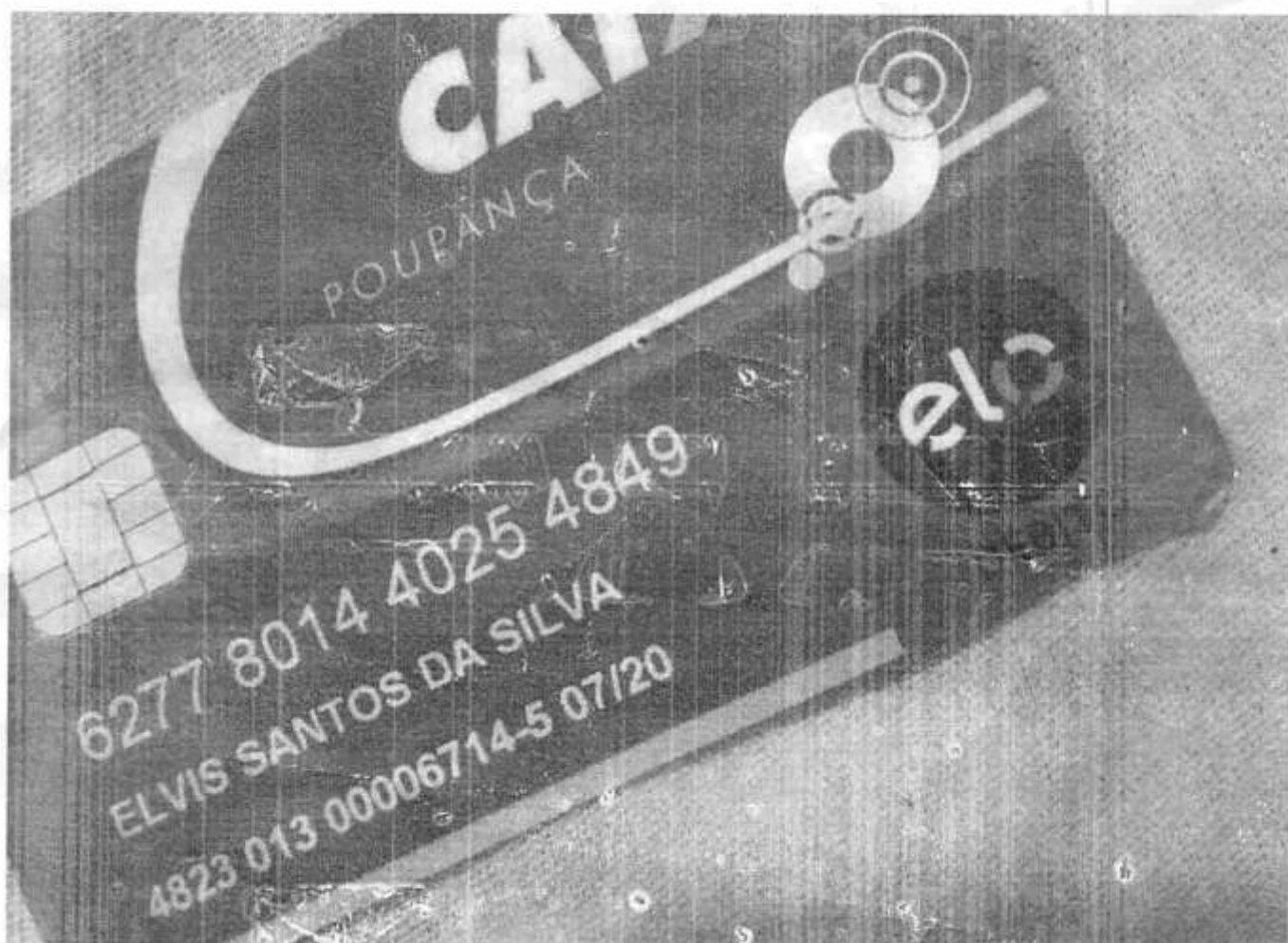
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02962.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02962.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 18 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Elvis Santos da Silva**, CPF nº 071.040.634-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Lavador, filho(a) de Maria do Carmo Barbosa dos Santos e José Marques Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/04/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Belo Horizonte, Nº 687, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Kipreço, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-7416.

Dados do(s) Fatos:

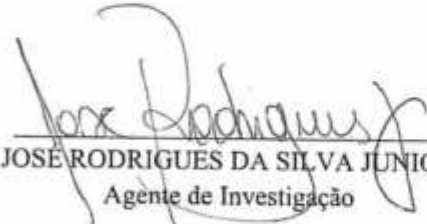
Local: Rua Abelardo Targino da Fonseca, Proximo a Faça Festa, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/01/20 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

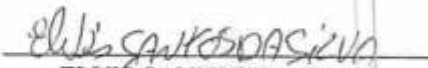
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 04/01/2020, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA MOW-6624/PB, CHASSI 9C2ND0910AR023212, NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO AVANÇOU UM CRUZAMENTO, VINDO A SOFRER UMA COLISÃO POR OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S96, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

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, 18 de março de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ELVIS SANTOS DA SILVA
Noticiante

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: 075.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elieus Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elieus Santos da Silva 6 - CPF: 075.040.634-71
7 - Profissão: Carreador 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Boa Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

34

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 075.040.634-71 4 - Nome completo da vítima: Elieus Santos da Silva

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

5 - Nome completo: Elieus Santos da Silva 6 - CPF: 075.040.634-71
7 - Profissão: Carreador 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 150 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Esperança 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4823 ☐ CONTA: 06714 ☐ 5 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nescuro (velho)?: ☐ 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 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.

34

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVIS SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000006714-5

Nr. da Autenticação 27259E9EA8CA004E

MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS
AV. BELCHER, 150 - F. 204 - ESPERANÇA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58078-432 (AG. 5)



ENERGISA - COMPANHIA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
R. 200, Km 25 - Grupo Fátima - Jd. Petrópolis - PB - CEP 58077-100
CNPJ nº 07.045.182/0001-45 - Ins. Est. 10.019.829-0

Ligação MONOPHASE
Carilac RES MTC B1 - RESCENAL - Jd. A. R. B. C.
Roteiro 14 - S - 180 - 2102 Referência: Rgi / 2020
Medidor: 00076209871 Emissão: 20/03/2020

Serviço Técnico Contrato Energisa 000017028752010
Cód. para Din. Automática: 00000232388

RECEBIMOS DE ENERGIA

Período	Data de Emissão	Data de Vencimento	Valor
Fev / 2020	20/02/2020	23/03/2020	663.552,454-34

UC (Unidade Consumidora) 00000232388-6

Observações

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de set de 2002.
- Confira a Guia nesta planilha via link do WhatsApp.
- Ela pode te ajudar com informações sobre direitos, enviar a segunda via da conta de energia e se for necessário de Racionamento. Salve nosso número e nos chame sempre que precisar! (83) 90.35.3540

Data	Lectura	Data	Lectura	1	111	22
22/01/20	10518	20/02/20	10827			

Descrição	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)
0201 Consumo até 20 kWh-ER	30,000	0,288290	8,649	8,04	27	2,17
0601 Consumo - 31 a 100 kWh-ER	70,000	0,459940	32,196	32,19	27	8,67
0201 Consumo - 101 a 220 kWh-ER	11,000	0,889990	9,789	7,52	27	2,04
0601 Alug. B. Amarela			0,39	0,39	27	0,10
0610 Subtotal			37,58	37,58	27	10,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0201 CONTRIB. SERV. COM. PÚBLICA			1,86	0,00	0	0,00
0204 JUROS DE MOROSIDADE			1,90	0,00	0	0,00
0205 MULTA 1.1.3000			1,21	0,00	0	0,00
0204 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC	372312		-3,39	0,00	0	0,00
0204 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 31/03/20			0,01	0,00	0	0,00
0208 Desenvol. Substit.			-25,46	0,00	0	-0,00

CC: Código de Classificação de Atm. TOTAL 83,28 35,78 23,15 66,15 0,80 0,74
Tarifa de Transm. Até 300kWh 0,181730 Até 1000kWh 0,311520 Até 2200kWh 0,497270

Medida Unitária Consumida (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
82	02/03/2020	R\$ 63,36

93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

RESERVADO AO FISCO
4e1c.5f05.e044.fe8c.e30f.0e34.836a.4823

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Transferência Out. da Energisa PB	12,82	20,10	
Consumo Energia	16,96	26,07	
Serviço de Transmissão	1,91	2,90	
Encargos Setoriais	1,82	2,80	
Impostos Sobre o Consumo	31,11	48,07	
Outros Serviços	0,00	0,00	
Total	60,76	100,00	

Valor de 02/03/2020 R\$ 63,36
ATENÇÃO
- Sua unidade foi liberada com duas faturas, tendo um desconto de R\$ 26,48
- Lembrete confirmado

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Para obter o boleto, clique em "pagamento" da nota fiscal ou no site da empresa. Nº 039.214.562



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 15.815.223-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

18/02/2020

CONSUMO

276

VENCIMENTO

27/02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 229,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/02/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008616123	001698281202002	27/02/2020	R\$ 229,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

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: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 51 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/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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, está 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 Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Oliver Santos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.040.634-73

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Oliver Santos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.040.634-73, 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 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 B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Marabá</u>	Estado: <u>PA</u>	CEP: <u>08056-384</u>
mail: _____	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB, 23 março 2020

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELVES SANTOS DA SILVA						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 44 anos		Sexo: M		Clínica: Ortopedia		SINA	
DATA DE ADMISSÃO: 18/01/2020		DATA DE ALTA: 18/01/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO(S) PRINCIPAL(ES): Lesão do tendão extensor do polegar + LESÃO DO TENDÃO TIRIAL ANTERIOR DO PE DIREITO						CO	
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):						Sina	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:							
PRINCIPAIS SINAIS:							
TERAPIA MEDICAMENTOSA:							
EXATIDÃO PATOLÓGICA:							
DIETÉTICA DE F.D. () SIM (X) NÃO						COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
EXATIDÃO BACTERIOLÓGICA:							
EXATIDÃO DE F.D. () SIM (X) NÃO						COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
EXATIDÃO DE F.D. () SIM (X) NÃO						COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	

RESUMO CLÍNICO: Paciente portador de Lesão do tendão extensor do polegar + LESÃO DO TENDÃO TIRIAL ANTERIOR DO PE DIREITO. Submetido a tratamento cirúrgico por tenotomia. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Repouso em casa por 15 dias.
Retornar às atividades com esforço físico em 30 dias.
Retornar às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÃO PARA CASA: Cefalexina, parafenil, dipirona

Alta médica em 21 dias.

Retornar ao Complexo Hospitalar Manguabeira em 07 dias para revisão. DR. ALISSON

18/01/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



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

Regulac

BIA FERREIRA RODRIG

EDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELVES SANTOS DA SILVA

Num. Prontuario: 2020.01.000339

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 071.040.634-71

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 32179248 Fone: 988076693

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1995 Id: 24 ano(s)

End.: AVENIDA NATAL, 365

Bairro: PLANALTO BOA ESPERANCA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO CARMO MOREIRA DOS SANTOS

Paí: JOSE MARCOS MOREIRA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resn.: IRMAO - SEVERINO

T. Soc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violéncia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

TRAUMA EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Condu

Prescricao

Horario da medicacao

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

REALIZADO:

NTE:

() Transferido () Desistência () U.T.I
() Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

— do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edilson Santos da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>17/01/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Alina</i>			1º Assistente: <i>Dr. Renato Almeida</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Francisco</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Lesão dos tendões extensores do 1º D</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ok</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Terorrafia do tendão extensor comum do 1º D</i>					
<i>Terorrafia do tendão do extensor longo do Hallux + Tiliel anterior</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____
[] Alcoolismo _____
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____
Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Ligam. do ombro

Conduta: De bloco cirurgia

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Especialista em Neurologia
CRM 15.516

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- ① Paciente em D.O.H. sob anestesia.
- ② Anestesia + antiseptia + punção de garoto.
- ③ Afecção do ca. por.

Incisão:

- ① Incisão em ferimento existente, na face anterior.

Achados:

- ③ Lesão de diversos tendões extensores do pé.

Conduta:

- ⑥ Desbridamento
- ⑦ Tensão da t. do extensor com um dos co.
- ⑧ Tensão da t. do extensor long. do hálux com t.
- ⑨ Limpeza com S.F.O. 1%.
- ⑩ Sutura por planos.

Fechamento:

- ① Curativos externos
- ② Talco sobre a gase.

OBS:

Data: 17/01/2020

Dr. Francinello Freire

Médico

CRM-PB 9603

CNS 70340457947

MÉDICO/CRM



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

509

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1214400

PACIENTE: ELVES SANTOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12.04.95

Data e Hora do Atendimento: 04.01.20

Horário: 8:16h


MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de ferimento corto-contuso no 1/3 distal da perna direita com desvio da linha media, abrasões no pé esquerdo, dor no ombro direito. Atendido pelo Dr. Glivando Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Daniel B. Cavalcante CRM 9248.

DIAGNÓSTICO INICIAL: LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR COMUM DOS DEDOS
CID 10 S 96 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da perna direita AP e Perfil e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 04.01.20 às 10:12h

Data da Emissão: 18.05.20


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Gerador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1214400



Identificação do paciente

172849	Nome	ELVES SANTOS DA SILVA			Sexo	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário		
10/04/1995	24 anos 8 meses 23 dias					
Pai	JOSE MARCOS MOREIRA DA SILVA					
Responsável (Parentesco)	SEVERINO TENORIO DE ANDRADE					
DD Celular	Celular	DDD	Telefones			
3	988076693					
po documento	Número documento	Nº Cns				
PF	07104063471					
Local de procedência	Tipo		UF			
RNESTO GEISFIL	BAIRRO		PB			
matr	Naturalidade	CBO/R				
	JOAO PESSOA					

Endereço

EP	Município de residência	UF	Logradouro
8065042	JOAO PESSOA	PB	NATAL
Número	Complemento	Bairro	
65		PLANALTO BOA ESPERANÇA	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
4/01/2020 08:16:03	1000007182265	SUS
especialidade	Clínica	
IRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Classificação	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
1	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMU			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Saia X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Exames clínicos

Ator, comumente, onites b seg-
cuidados — OK

Diagnóstico	CID

Atendido por	Tempo
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	01min 05s

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEQUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ELVES SANTOS DA SILVA	BAE 1214400	Data/Hora Entrada 04/01/2020 08:16:03	Data Baixa
Data de nascimento 12/04/1995	Idade 24a em 23d	CNS	Telefone de Contato (83) 988076693
Mãe MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço NATAL, 365	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 04/01/2020 08:16:03		Data/Hora Prescrição 04/01/2020 08:52:28	

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA DIREITA. IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO MID. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS, COMORBIDADES E ALERGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA COM DESVIO DA LINHA MÉDIA (FRATURA EXPOSTA), ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO, DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: ANALGESIA + EXS. RADIOL. + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA


CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 04/01/2020 08:17:08



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada
ELVES SANTOS DA SILVA	1214400	04/01/2020 08:16:03
Data de nascimento	Idade	Sexo
12/04/1995	24a 8m 23d	Masculino
Mãe		CNS
MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS		
Endereço	Bairro	Município
NATAL, 365	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL BRAGA CAVALCANTE
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
04/01/2020 08:16:03		04/01/2020 10:12:30

ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO MID. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS. ALERGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA PERNA DIREITA C. MÉDIA (FRATURA EXPOSTA). ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO. DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE PRESERVADA. TÓRAX E ABDOME: NDN CONDUTA: ANALGESIA + EXS. RADIOL + ALTA DA CIRURGIA + PAREC (04/01/2020 08:52:28 GILVANDO CARNEIRO LEAL)

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO CONT DE TORNOZELO DIREITO, COM LESÃO TENDÍNEA. RX SEM FRATURAS. HD: LESÃO TENDÃO EXTENSOR COM CURATIVO + ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO. (04/01/2020 10:12:30 DANIEL BRAGA CAVALCANTE)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: ☐ CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVA: ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA
CURATIVO

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tíbia

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

DANIEL BRAGA CAVALCA
(CRM: 9248/PB)

Dr. Daniel B. Cavalc
Ortopedia e Trauma
CRM-PP 9248



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ELVES SANTOS DA SILVA	Data de Nascimento	12/04/1995	Idade	24a 8m 23d	Sexo	MASCULINO	Nº	1214400	Nº Prontuário	04/01/2020 08:52:28	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito											

Validade da Prescrição	04/01/2020 08:52:00 - 05/01/2020 08:52:00											
Matrícula	Senha											

Convenio	SUS											
Data da entrada:	04/01/2020 08:16:03		Data da Internação:	36min		Permanência na	Permanência no					

Reimpresso por: dfa:

GILVANDO CARVALHO LEAL
CRM: 2489

Assinatura e Carimbo do Profissional

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação:DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
2 GETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML	Observação:DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	

209:69

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: DANIEL BRAGA
Boleim 1214400

Nome: ELVES SANTOS DA SILVA
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito
Data de Nascimento: 12/04/1995
Idade: 24a 8m 23d
Sexo: MASCULINO
Nº: 1214400
Nº Prontuário: 04/01/2020 10:12:30
Data Prescrição: 04/01/2020 10:12:30
Validade da Prescrição: 04/01/2020 10:12:00 - 05/01/2020 10:12:00
Matricula: Senha:

Convenio
SUS

Data da entrada: 04/01/2020 08:16:03
Data da Internação: 04/01/2020 08:16:03
Permanência na: 1h 56min
Permanência no: 1h 56min
Via de Admin.: Veloc. Inf.: Pos: Aprazamento:

Forma do medicamento: Dose: U.M.: Orientação de Uso: 0,0
1 CURATIVO

Reimpresso por:
dia:
Dr. Daniel B. Cavalcante
CRM-PB 9248

DANIEL BRAGA CAVALCANTE
CRM: 9248

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
ELVES SANTOS DA SILVA	24A 8M 23D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1214400	04/01/2020 08:16:03	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		36min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 04/01/2020 08:52:05
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA D	
Parecer	Data de Resposta:


Gilvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2489

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.31395.09-7

0413870

0050

PB

Chris Santos de Silva

ASSINATURA DO TITULAR



03

6

ELVES SANTOS DA SILVA

FILIAÇÃO..... JOSÉ MARCOS MOREIRA DA SILVA
MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS
NASCIMENTO..... 12/04/1995
SEXO..... MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO..... R.G. 3279248 SSDS PB 15/04/2012

LEI Nº 9.349, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF..... 071.040.634-71 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 13/04/2015

Rodolfo Ramalho Costa
Rodolfo Ramalho Costa

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO ELEITOR

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

1009091575
PRO-HUB FASHIONS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132170 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

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 LEVE DO PÉ DIREITO

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200132170 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

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 LEVE DO PÉ DIREITO

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Elvis Santos da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Lavador, residente e domiciliado à Rua Av. Pêlo Horizonte, nº 637, bairro Valentina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 53056-384, portador(a) do Rg nº 3279248, SSP/ PA e CPF nº 077.040.634-71.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeiras, Município de João Pessoa, Estado de (o) PA, Cep: 53056-384, portador (a) do RG nº 1054562, SSP/ PA e CPF nº 455.536.021-91.

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) Elvis Santos da Silva, ocorrido em 04/03/20, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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, 18, de março de 2019.

OFÍCIO
DISTRITAL

Elvis Santos da Silva
Outorgante
CPF nº 077.040.634-71

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

CPF: 071.040.634-71

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS SANTOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ELVIS SANTOS DA SILVA : 071.040.634-71

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: 26/03/2020
Nome: ELVIS SANTOS DA SILVA
CPF: 071.040.634-71

ELVIS SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

Número do Sinistro: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

CPF: 071.040.634-71

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 04/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS SANTOS DA SILVA

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: 22/05/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA