



Número: **0801578-27.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 26.325,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33729 164	28/08/2020 14:35	<u>2745224_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180534056**
Vítima: **ROBERTO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **18/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180534056**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13597194



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBERTO DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	079.061.634-35	Roberto dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF: 079.061.634-35	
Profissão:	Eereço:	Número: 5/N Complemento: —, —
Bairro:	Cidade:	Estado: PB CEP: 58805-130
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99919-4307	
Roberto dos Santos	Rua Francisco Paulino da Silva	
Recuso	Sousa	
Sorri Landia		
Verasdpvrat@hotmail.com		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 65055 (9)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (9)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

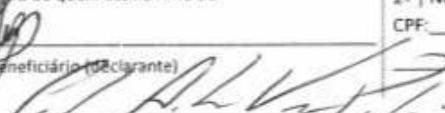
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidá, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: _____	TESTEMUNHAS
	Name: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RODO		
Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante) 		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		
Assinatura do Procurador (se houver)		

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

13 NOV. 2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

079.061.634-35

Roberto dos Santos

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

Nome completo: Roberto dos Santos CPF: 079.061.634-35
 Profissão: Recuso Número: S/N Endereço: Rua Francisco Paulino do Silva
 Bairro: Sorriilandia Cidade: Serra Estado: PB CEP: 58805-110
 E-mail: Verasdpvate@hotmail.com Tel.(DDD): (83)99919-4307

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: 0558 CONTA: 65055 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituir)

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

28 NOV. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:35:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814351720300000032273233

Número do documento: 2008281435172030000032273233

Num. 33729164 - Pág. 4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 584/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: 18.08.2018 HORÁRIO: 18H00 MIN.
Data de notícia do fato a Depol: 19.09.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário acima descritos a vítima, ROBERTO DOS SANTOS, ao conduzir uma MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAM 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (redutor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; **QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO;** QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de setembro de 2018.



Notificante

Testemunha Aerrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

13 NOV. 2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia Distrital de Cajazeiras - PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
Nº 584/2018/DPVAT/ADITAMENTO



Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 12.08.2018 HORÁRIO: 18H00 MIN.
Data de notícia do fato a Depol: 19.09.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima, ROBERTO DOS SANTOS, ao conduzir uma MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAM 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (redutor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 20 de novembro de 2018.



ASSINADO NO ORIGINAL

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

28 NOV. 2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	079.061.634-35	Roberto dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF: 079.061.634-35	
Profissão:	Eereço:	Número: 5/N Complemento: —, —
Bairro:	Cidade:	Estado: PB CEP: 58805-130
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99919-4307	
Roberto dos Santos	Rua Francisco Paulino da Silva	
Recuso	Sousa	
Sorri Landia		
Verasdpvrat@hotmail.com		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 65055 (9)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (9)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidá, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

13 NOV. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro SORRILANDIA I	Médico Regulador JERFASON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: Apelo no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tercelhos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira MÉDICO CRM-PI 16683 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo: TRAUMA

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

► CAUSAS EXTERNAS
► Acidente de Trânsito
 Colisão carro x moto
 Queda de moto
 Atropelamento por: _____
 Colisão carro x carro
 Capotamento
 Outro: _____

 F.A.F.
 F.A.B.
 Agressão Física
 Afogamento
 Queda - Altura aproximada: _____
 Soterramento / Desabamento
 Choque Elétrico

 Outro: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

1 - DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/02: _____ SpO2 - C/02: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

*Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotoma em olho D (corte cortado na testa) e cedado
a USA - realizada fotografia de RIN + TAU + O2*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

*Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotoma periorbital esquerdo, foi chamado a UPA
que condutiva a paciente ao HRS*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectoração Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:

Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:

Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO

Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.

Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando Outro: _____

Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS

Bomba de infusão Desobstrução vias aéreas KED Adulto
 Cânula Orofaringea Drenagem torácica KED Infantil
 Colar cervical Desfibrilação / Cardioversão Massagem cardíaca externa
 Controle de hemorragia Entubação Orotraqueal Drotraqueal
 Cricotireostomia Inalação de Oxigênio (O2) Prancha Longa
 Curativo Imobilização de membros Pungão venosa
 Sonda vesical Sonda gástrica

Desobstrução vias aéreas Drenagem torácica KED Infantil
 Desfibrilação / Cardioversão Entubação Orotraqueal Massagem cardíaca externa
 Entubação Orotraqueal Inalação de Oxigênio (O2) Prancha Longa
 Imobilização de membros Pungão venosa Sonda gástrica

Sonda vesical Sedação
 Sonda gástrica Talas / Tração
 Sonda gástrica Ventilação mecânica (manual / automática)
 Sonda gástrica VMI
 Sonda gástrica VMNI
 Sonda gástrica Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENÇES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Ronaldo Oliveira* COREN: 153496

ENFERMEIRO(A): *Ricardo Rodrigues da Costa* COREN: 705129

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RJ/IRRCA): _____

Observações: _____

13 NOV. 2018



FRANCISCA ANA DOS SANTOS
RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88 - SORRINLANDIA
SCUSA / PB CEP: 58005-110 (AD 177)

Emissao: 29/07/2018 Referencia: Jul/2018

Classif/Endereç: RESIDENCIAL / BAIXA FAZENDA MONOFÁSICO/200 Km-25 - Cruz das Almas / PB - CEP: 58071-070
Ritmo: 12-177-185-386 Nif: 00028046788

energisa
ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ: 00.018.002/0001-40 - INSC. FED: 16.215.102-0

Nova Fazenda / Conta de Energia Elétrica 10976 800 294

Cod para Des. Automatiz: 00000461784

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

Conta referente a Jul / 2018 Apresentação 23/07/2018 Data prevista da próxima leitura 22/08/2018 CPF/ CNP/ RANI 489.114.342-8 Inst. Buz

5/846686-4

UC (Unidade Consumidora): Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEES foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002.

CCN	Descrição	Anterior	Data	Leratura	Atual	Data	Leratura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo		
											Quantidade	Unidade	Valor Base Cnt.
0801	Consumo mês 300Wh-BR	20.000	0.255295	7.58	7.58	27	2.25	36.55	0.08	0.35			
0801	Consumo - 31 a 1000Wh-BR	10.000	0.434210	35.29	30.29	27	6.25	35.39	0.33	1.62			
0801	Consumo - 101 a 2200Wh-BR	55.000	0.881920	35.85	36.80	27	9.57	35.87	0.38	1.79			
0801	Adic. E Vermeia			7.50	7.50	27	2.05	7.55	0.08	0.35			
0810	Bulso/00	44.72	44.72	27	12.37		44.72	5.48	2.31				
DEBT CONTRIBUICAO IUM PÚBLICA													
0804	JURUS DE MORA 08/2018	10.58	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
0804	JURUS DE MORA 08/2018	0.17	0.05	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
0805	MULTA 08/2018	2.05	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0.31	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			
0928	Divulgação GuiaSite	-0.03	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			

CCN Código de Classificação do item TOTAL 109.80 129.17 34.25 126.12 1.36 6.35

TOTAL A PAGAR R\$ 109,60

Média últimos meses (kWh): 193

VENCIMENTO
30/07/2018

Histórico de Consumo (kWh):
175 | 185 | 218 | 288 | 185 | 203 | 221 | 217 | 189 | 189 | 182 | 185
JUL17 Agosto17 Set17 Out17 Nov17 Dez17 Jan18 Fev18 Mar18 Abr18 Mai18 Jun18

f070.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a.

Indicadores de Qualidade		5/2018 - Sausa		Discriminadas	Valor (R\$)	%
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	220			
DI/MENSAL	12.32	NOMINAL	220		12.32	1.12
DI-TRIMESTRAL	24.60	CONTRATICA	207		24.60	1.12
DI-ANUAL	24.48	LIMITE INFERIOR	207		24.48	1.12
FI/C/MENSAL	8.97	LIMITE SUPERIOR	231		8.97	1.12
FI-TRIMESTRAL	13.95				13.95	1.12
FI-ANUAL	13.93				13.93	1.12
DPC	12.22				12.22	1.12
DOR						
				Total	109,60	100,00
				Válida ESG - Ref: 5/2018/148322		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

13 NOV. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Adenir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634-35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Roberto dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.061.634-35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

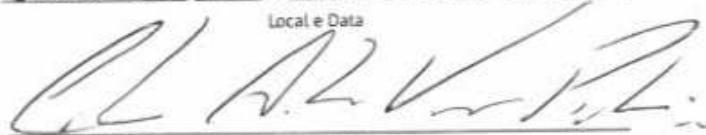
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua José Fagundes de Lira</u>		<u>5/N</u>	<u>—1—</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Gato Pinto</u>	<u>Sousa</u>	<u>PB</u>	<u>58800000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Verasdpvrat@hotmail.com</u>	<u>(83) 9 9919-4307</u>	<u>(83) 9 8181-8197</u>	

Sousa-PB, 12 de Novembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante





PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS				Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro SORRILANDIA I	Médico Regulador JERFASON	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: Apelo no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tercelhos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira MÉDICO CRM-PI 16683 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo: TRAUMA

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

► CAUSAS EXTERNAS
► Acidente de Trânsito
 Colisão carro x moto
 Queda de moto
 Atropelamento por: _____
 Colisão carro x carro
 Capotamento
 Outro: _____

 F.A.F.
 F.A.B.
 Agressão Física
 Afogamento
 Queda - Altura aproximada: _____
 Soterramento / Desabamento
 Choque Elétrico

 Outro: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

1 - DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/02: _____ SpO2 - C/02: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

*Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotoma em olho D (corte cortado na testa) e cedado
a USA - realizada fotografia de RIN + TAU + O2*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

*Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotoma periorbital esquerdo, foi chamado a UPA
que condutor a paciente ao HRS*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018

2 - VIA AÉREA
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECGL: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando Outro: _____

Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Drotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricototrioidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curalivo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA
 Não
 Sim
 Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:	MATRÍCULA:
TEC. ENFERMAGEM: <u>Rosane Oliveira</u>	COREN: <u>0011416</u>
ENFERMEIRO(A): <u>Ricardo Rodrigues de Oliveira</u>	COREN: <u>205129</u>
MÉDICO(A):	CRM:

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ RG. / CPF: _____

ASSINATURA (RIRR/RA): _____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:35:17

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:35:17
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_sear2x-20082814351720300000032273233

Num. 33720164 Pág. 13





13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:35:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814351720300000032273233>
Número do documento: 20082814351720300000032273233

Num. 33729164 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



PB N° 013813744190 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADO: DEVIDO A OBRIGATÓRIO DE PAGAMENTO DE PREÇOS DE VENDA DE VEHÍCULOS AUTOMÓVEIS, BEM VÁLE A INSCRIÇÃO DE CARGAS APENAS NO TRÂNSITO, QUANDO NÃO SEJA VÔRÔ DPVAT.

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: C.R. PREVAT
1 0104642889-0 0020000000 2018

ROBERTO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

07906163435 QPF8584/PB

PLACA ANT/UE: 01-400810FR438549

NOVO

VR

REF. EST. 000

MOTOR

PIAS/MOTOCICLETA/ NÃO APPLC

ALCO/GASOL

PLACA/ANO/ MODELO: HONDA/ NXR160 BROS ESDD

2015

2016

COM PRE. DIAMANT

VERMELHA

CAP/PORT/GU: 2 D/162 / CTI

DATA/ODOM: 2018

PLACA/

VALORES: IPVA PAGO EM 00/00/00000

1º

2º

3º

IPVA PAGO EM 00/00/00000

1º

2º

3º

PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO:

PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO:

PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO:

PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO: PREMIO TARIFFARIO:

SEM RESERVA DE DOMÍNIO: SEM RESERVA DE DOMÍNIO: SEM RESERVA DE DOMÍNIO: SEM RESERVA DE DOMÍNIO: SEM RESERVA DE DOMÍNIO:

0

DATA:

28/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/P 08-248-0006-0001-04

DET-2017

13 NOV. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 3.392.885
CPF: 079.061.634-35
Profissão: Revisor
Endereço: Rua Francisco Paulino da Silva, 88
Sorri Landia - Sousa / PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.



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

Roberto dos Santos

Sousa - PB, 12/11/2018

Local e data

Suelio dos Santos

Assinatura do Outorgante

13 NOV. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412143/18

Número do Sinistro: 3180534056

Vítima: ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 18/08/2018

CPF: 079.061.634-35

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ROBERTO DOS SANTOS : 079.061.634-35

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/11/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:35:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814351720300000032273233>
Número do documento: 20082814351720300000032273233

Num. 33729164 - Pág. 17