



20/07/2022

Número: **0806931-91.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **10/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LINDOMAR FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
CAMILA MENDES VILLARIM MEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61174 243	20/07/2022 21:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO UNIFICADO	Outros Documentos

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:	14/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000109914-0

Nr. da Autenticação 21FD516F21B3248E



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 004.405.326



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-730
CNPJ 09.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.913.839-1

DADOS DO CLIENTE

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
RUA SAO COSME 09
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/49287-6

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

14/08/2019

CONSUMO

105

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 93,91

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00074.886177 9 79860000009391

Pagador: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 872.444.204-63

RUA SAO COSME 09 - JEREMIAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000074886	000049287201908	21/08/2019	R\$ 93,91	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



22/07/2019

HTCC-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Realização cirurgia geral 21:30

Paciente segue estável hemodinamicamente, consciente, orientado. Queixa-se de dor em hemitórax D, respirando piora a inspiração profunda e dor em punho E. Realizou test que não demonstrou sinais sugestivos de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural. Ao exame: SSO gláudio, depressível e indolor à palpação. Apresenta alterações em Rx de punho D e punho E.

em Avaliação da ortopedia
Alta da cirurgia geral.

Dra. Ana Lívia D. Baidarino Silva
ORTOPEDIA GERAL
CRM-PB 7600

Ortopedia - 21:50h

Paciente com queixa de dor em punho E, com presença de edema e deformidade.

NV preservado.

DESTINO DO PACIENTE / / às ; hs.

- ☐ Centro cirúrgico ☐ Alta hospitalar / ☐ Já reveja
☐ Internação (setor) ☐ Decisão Médica
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ao raio x, fratura de rádio distal.
 O Rx punho E evidencia sequela de fratura (paciente relata que foi há 09 anos).

Id. - Internação hospitalar.

Dra. Ana Maria de Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



22/07/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 22/07/2019

Data: 22/07/2019

Paciente: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA Idade: 047 N° ATEND: 1949901

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 22/07/2019 HORA : 19:54:49

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU-CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Exatidão
C. R. Sampaio
Enfermeiro
COREN-PB 310.725



Data: 22/07/2019

Horas: 21:48:09

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1949948 Paciente: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA Idade: 047

Nome da Mãe: LAUDECI FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 12/07/1972 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 5 Diagnóstico: *fratura rádio distal (E)*

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>2x</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>2x</i>
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>2x</i>
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 100 ML SF	<i>2x</i>
5	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>2x</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>2x</i>
7	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>2x</i>

Admissão

Paciente vítima de acidente de trânsito, admitido com dor, edema e deformidade em punho (E). NV preservado.

Presença de deformidade em punho (D) (Fratura há 04 anos que não foi tratada cirurgicamente).

Nega co-morbidades, Nega alergia medicamentosa.

Ed: - Solicito exames laboratoriais.

- Solicito ECG + risco cirúrgico.

- VPM.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
DATA DO EXAME:	22/072019 (20:17)

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

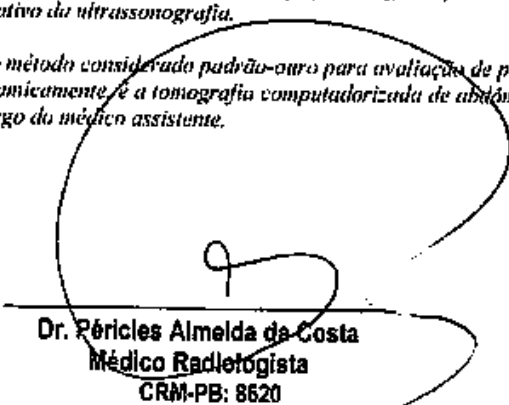
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. Péricles Almolda da Costa
Médico Radiologista
CRM-PB: 8620



Data da Internação: 22/07/2019 Hora: 21:42:23

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2302030
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE LINDOMAR FERREIRA DA SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1949948
7 - CARTÃO DO SUS 707601288659896	8 - DATA DE NASCIMENTO 12/07/1972
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LAUDECI FERREIRA DA SILVA	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987500229
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA SAO COSME, 232, JEREMIAS	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CEP 250400
15 - UF PE	16 - CID 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de trânsito com dor, edema e deformidade no ponto (E). NV com obstruções.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia	
19 - DETECÇÃO DE RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame clínico e radiológico	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão de nível distal (E)	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	23 - CID 10 CAUSAS ACIDENTAIS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tred cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA Ortopedia	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNIS () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002867673
30 - NOME DO PROFISSIONAL/AUXILIAR/ENFERMEIRO/TERAPISTA FÍSICO ANA MARIA DA SILVA ANSELMO	31 - DATA DE SOLICITAÇÃO 22/07/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (UF) DO PROFISSIONAL/AUXILIAR/ENFERMEIRO/TERAPISTA FÍSICO Ana Maria da Silva Anselmo	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNP DA SEGURADORA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 - Nº DO BILHETE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - CNP EMPRESA
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREENHADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APRENTIZADO () NÃO SEGURO	40 - CNIS DA EMPRESA
41 - CIDR 	
AUTORIZAÇÃO	
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	43 - CID, ORGÃO EMISSOR
44 - DOCUMENTO () CNIS () CPF	45 - Nº DO DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 	47 - ASSINATURA E CARIMBO (UF) DO REGISTRO DO CONSELHO
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



O abaixo assinado João

Em, _____ de _____ de _____

Testemunhas:

O abaixo assinado Daudeci Ferreira da Silva (Mac

PG: 673516

Em. 23 de 07 de 19

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado

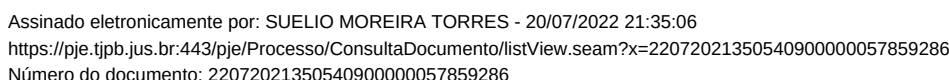
Em _____ de _____ de _____

Testemunhas:

O abaixo assinado

Em. _____ de _____ de _____

Testemunhas:



RELAÇÃO DE PREÇOS DE REFERÊNCIA

Esta relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

O presente documento contém informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

O presente documento contém informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

O presente documento contém informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

O presente documento contém informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.

A presente relação de preços de referência tem por objetivo fornecer informações sobre os preços praticados no mercado de bens e serviços, para fins de controle de preços e de elaboração de políticas públicas.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

9

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA IDADE: 47a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 23/07/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Desconhecido () Tabagismo
() Etilismo () Cirúrgico Sim () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso (x) Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom (x) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR sem ET art 3/3

FC: 76 b.p.m PA: 120/70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+) SRA

Abdômen - Comentários: SRCO

Membros Inferiores - Comentários: SRCO

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs: _____

MGB. 943

Ass. do Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho



PACIENTE LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

DATA DO EXAME: 22.07.2019

RADIOGRAFIA DE PUNHOS

- Fratura de radio distal, com desalinhamento ósseo.

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COXA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Configuração de dimensões normais.

8

Dr. André Ventura
CRM/PB: 17282

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



06/06/2019



do paciente ou responsável (quando necessário)

HTCG - Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.768/0038-32
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairama, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
 Data: 06/06/2019 Data: 06/06/2019

Paciente: ALEXSANDRO MENDES ROSENDO Idade: 037 N° ATEND: 1915024

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
 DATA: 06/06/2019 HORA: 20:24:46

ESPECIALIDADE: ORTOPEdia

MOTIVO: QUEDA
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: OUTROS

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
 DEF. MOTORA () SIM (X) NAO

ALERGIAS:
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL: BOM
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (N) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () ACITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () PLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 Eveline De Fatima Costa Neves Barbosa



05/06/2019

F-TCG-Planet Administrativo

DIAGNÓSTICO / CID:
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº	PRESCRIÇÃO E CONDUTA	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DESTINO DO PACIENTE: _____ de _____ de _____ de _____

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A. revolta
() Internação (recor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

ID# DE

sigintogr:praclassi.php?contato=1915024&dataatual=d=2019-06-06&hora=20:24:46

2/3



Num. 61174243 - Pág. 15

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.611 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/01/2013

NOME LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO GOMES DA SILVA LAUDECI FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DOO ORIGEM CASAM N. 037980 FLS. 024 LIV. P. 72B

CP CARTÓRIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

872.444.204-63

ASSINATURA DO DETENTOR DO REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 F-231

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFH0719

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018
 Proprietário: *****
 Placa: QFH0719
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG150 START
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: VERMELHA
 Vencimento Licenciamento: 29/11/2019
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 05/11/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COO. BENEFÍCIAM	PTS	EXERCÍCIO
			2018
NOME / ENDEREÇO			

ESP/COG		PLACA	
		QFH0719	
PLACA ANT./UF		CASSO	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD
HONDA/CG150 START		2015	2015
CAP/POT/CE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º	VENC. COTAS
	29/11/2019	2º	
PARCELAMENTO	PARCELAMENTO/COTAS	3º	
PREMIO LIQUIDARIES - R\$			
PREMIO TOTAL R\$ - DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		05/11/2019	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624438 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624438 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388942/19

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

CPF: 872.444.204-63

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA : 872.444.204-63

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: 06/11/2019
Nome: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA
CPF: 872.444.204-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624438

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LINDOMAR FERREIRA 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

Carta nº 15074157





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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624438

Vítima: LINDOMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LINDOMAR FERREIRA 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 completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LINDOMAR FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **00000109914-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00119/00120 - carta_15R - INVALIDEZ



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: 0388942139	CPF da vítima: 872.444.204-63	Nome completo da vítima: Lindomar Femenq da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Lindomar Femenq da Silva		CPF: 872.444.204-63
Profissão: Reuso	Endereço: Rua São Carmo	Número: 09
Bairro: femenq	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58100-000	Tel.(DDD): (85) 9828.8728

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0737** CONTA: **109914** **0**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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. 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizador	Local e Data: Campina Grande, 06/11/19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura de Lindomar Femenq da Silva	2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	CPF: _____
		Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1163/2019, na mesma continha o seguinte teor: quinta-feira, 31 de outubro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 09:10 horas, compareceu o Sr. Lindomar Ferreira da Silva, portador da cédula de identidade nº 1 651.611 Seds/PB, CPF nº 872.444.204 – 63, brasileira, natural de Campina Grande/PB, casado, com 47 anos de idade, filho de Severino Gomes da Silva e de Laudeci Ferreira da Silva, Contratado pela Prefeitura, residente à rua São Cosme nº 09, bairro Geremias, Campina Grande/PB, o qual notificou que, No início da noite do dia 22 de julho do ano fluente, por volta das 18:45 horas, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 150 Start, cor vermelha, placa QFH 0719/PB e chassi nº 9C2KC1670FR538103, cadastrada em nome de Vanilson Pereira de Farias, sentido seu trabalho pela avenida Eptácio Pessoa, centro da cidade de Campina Grande/PB, quando foi surpreendido por um veículo de placas e Condutor não identificado, freando bruscamente em sua frente, impedindo dessa forma, desviá-lo no momento oportuno, vindo a colidir na traseira deste, consequentemente, perdeu os sentidos só vindo acordar no Hospital de Emergência e Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi submetido aos procedimentos cirúrgicos, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 31 de outubro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

Lindomar Ferreira da Silva



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: 0388942139	CPF da vítima: 872.444.204-63	Nome completo da vítima: Lindomar Femenq da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Lindomar Femenq da Silva		CPF: 872.444.204-63
Profissão: Reuso	Endereço: Rua São Carmo	Número: 09
Bairro: femeiros	Cidade: Campina Grande	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58100-000	Tel.(DDD): (85) 98788.8728

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0737** CONTA: **109914** **0**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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. 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizador	Local e Data: Campina Grande, 06/11/19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____ CPF: _____	1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura
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 ROGO, 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.