



Número: **0000603-77.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **06/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GOMES ANTAS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67916712	14/09/2020 16:55	ANEXO 1	Outros (Documento)



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: 072.515.544-44 Nome completo da vítima: José Gomes Antas

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

Nome completo: José Gomes Antas CPF: 072.515.544-44
Profissão: Advogado Endereço: Rua Luiz de Souza Primo Número: 6/n Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Maracá Estado: PB CEP: 58.995-000
E-mail: antas.gomes@protonmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4033 9 CONTA: 866 2 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.

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: _____ 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.



Local e Data: Maracá/PB, 30 de janeiro de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

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.

FP5.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019





16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE P
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE NOVOS TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS

Certificação que a reprodução fiel do original que me foi apresentado; dou fé. Triunfo, 23 de outubro de 2018. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emol. R\$ 3,41. TSNR R\$ 0,68. FERC R\$ 0,34. Total R\$ 4,09. Selo: 0073841.YIH10201808.00149.

Consulte Autenticidade em: www.pj.pe.gov.br

Substituta

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 521/2018, LIVRO n° 02/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, **GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL**

DATA: 06 de Outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 10h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ GOMES ANTAS

Estado civil: solteiro RG: 21805.933 SSP/MG CPF: 072.515.574-44

Sexo: MASCULINO Nascimento: 12.07.1967 Idade: 31 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: PRINCESA ISABEL/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: SIM

Filiação: MIGUEL ANTAS DINIZ E DE FRANCISCA GOMES DINIZ

Endereço: Rua LUIZ DE SOUSA, S/N, CENTRO, MANAIRA/PB

NARRATIVA

QUE, NO DIA 26/08/2018 POR VOLTAS DAS 05:00 HORAS, QUANDO CONDUZIA UMA MOTO E QUE NA PB 306 NAS IMEDIAÇÕES DO SÍTIO TRAVESSIA, AO DESVIAR DE UM CACHORRO, PERDEU CONTROLE DA MOTO CHEGANDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DE MANAIRA, DANDO ENTRADA NA UPA DE PRINCESA ISABEL, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE APÓS EXAME DE RAIO-X FOI CONSTATADO FRATURA DO FEMUR DO LADO ESQUERDO, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE CONDUZIA UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN KS, DE COR PRETA, DE FABRICAÇÃO E MODELO 2004, COM PLACA DLE 9180, CHASSI N° 9C2KCO8104R817752///, RENAVAM 833385020, REGISTRADO EM NOME DE JOSÉ GOMES ANTAS.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante José Gomes Antas

[Assinatura] 155.680-1

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



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: 072.515.544-44 Nome completo da vítima: José Gomes Antas

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

Nome completo: José Gomes Antas CPF: 072.515.544-44
Profissão: Advogado Endereço: Rua Luiz de Souza Primo Número: 6/n Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Maracá Estado: PB CEP: 58.995-000
E-mail: antas.gomes@protonmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA 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) ☐ Itai (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4033 9 CONTA: 866 2 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.

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: _____ 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.

Local e Data: Maracá/PB, 30 de janeiro de 2019.
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *[Assinatura]*
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ 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.

FP5.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

CNES: 7637802

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 26/08/2018

Cod. Prof: 95

Profissional: DAMIAO JOAO DAMASCENA OLIVEIRA

Pront. - Paciente: 23916 - JOSE GOMES ANTAS

Senha: Senha

Data Nasc.: 12/01/1987

Idade Pac.: 31 Anos, 7 Meses e 14 Dias

Pront. Local:

Endereço: SÍTIO - POÇO DOS CACHORROS

RG:

Bairro: ZONA RURAL

Município: SANTANA DE MANGUEIRA

Nº: SN

Nome da Mãe: FRANCISCA GOMES DINIZ

Cartão SUS: 700005445727909

Data e Hora da Recepção: 26/08/2018 05:50

Nº da Ficha: 79400

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Profissional da Pré-Consulta: 42 - ANA CECILIA MEDEIROS CAVALCANTE

Data: 26/08/2018 05:57

COREM193698-PB

P.A.: 120 X 80 mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE PROVENIENTE DO SAMU DE MANAIRA, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE, COM ESCORIAÇÕES PELO ROSTO.

Medicamentos em Uso:

NEGA ALERGIA

ADMINISTRADO DIPIRONA

- Informações Medicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

26/08/2018 06:08:58

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO AS 22:00 HORAS COM FRATURA EXPOSTA EM FEMUR ESQUERDO REFERE TRAUMA DIRETO CONTRA UMA ESTACA AO LADO DA ESTRADA VEJO AINDA LESÃO CORTANTE EM LABIO SUPERIOR COMPLETA TRANSFIXANTE VEJO TRAUMA CORTO-CONTUNDENTE EM FRONTAL DIREITO COM APARENTE FRATURA EM LAMINA ANTERIOR DE SEIO FRONTAL. PACIENTE COM GLASGOW = 15 SEM AMNESIA RETROGRADA OU ANTEROGRADA. NEGA VÔMITOS. ALCOOLISMO LEVE. SEM AGITAÇÃO. ORIENTADO.

- CID:

C.I.D. 19: S723

Descrição do CID: S72.3 FRAT DA DIAFISE DO FEMUR

- Informações De Anál:

ALTA COM ORIENTAÇÕES

- Informações Medicamentos:

Grupo: 01

Código Descrição

01 CEFALOTAX, SÓDICA 1G INJ

Quantidade

+ DIETA ZERO

+ SUTURA DE FERIDA CONTAMINADA DE 8 HORAS COM APROXIMAÇÃO D

Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequência
2	AMP	EV	AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS SARRÉS"
RUA DELMARCOS, 228 - CENTRO - CEP: 52060-009 - FONE: (51) 3457-2116
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 04/10/2018 12:47:44
Maria Rodrigues dos Santos - Escrevente
(2018-003279) ENCL: 26 2.37 FAPEN: 0,28 REPJ: 0,28
SELO DIGITAL: ANAS4440-INZE
Confira a autenticidade em <https://portal.eletronico.jus.br>

Transmissão 07:00

Assinatura do Paciente/Responsável

DAMIAO JOAO DAMASCENA OLIVEIRA C.R.M.: 700

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão: Atual: 2.1.2.004

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GOMES ANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04033-9

CONTA: 000010007866-4

Nr. da Autenticação FAE910A3D8120243



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Gomes Antas

RG nº MG-21.825.933, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/MG

CPF nº 072.515.574-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Loug de Saiz Parms</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Marília</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.educacao@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Marília/PE, 22 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Gomes Antas

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



MARIA DO SOCORRO GOMES ANTAS AMANCIO
RUA LUIZ DE SOUZA PRADO, S/N - CASA - CENTRO
MANAIRA / PB CEP: 59999-000 (AG. 146)

Emissão: 26/09/2018 Às 16:00h Set / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 220V, 60Hz
Roteiro: 16 - 189 - 450 - 6736 Nº medidor: 3600729503

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.096.189/0001-40 Ins. Est. 16.019.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 1016.124.914
Cód. para Dct. Automático: 90912314212

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set / 2018 26/09/2018 26/10/2018 078.783.184-66

UC (Unidade Consumidora): 5/1483421-2

Canal de contato
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/08/18	Data: 26/09/18	1	47	28
Leitura: 5155	Leitura: 5302			
Demonstrativo				
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor
0501	Consumo até 30kW-h-BR	30,000 0,201770	8,05	0,00 0
0501	Consumo - 31 a 100kW-h-BR	17,000 0,346910	5,89	0,00 0
0601	Adic. B. Vermelho	1,06 0,03 0	0,00	0,00 0
0610	Subsídio	17,51 0,00 0	0,00	17,51 0,14 0,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0208	Devolução Subsídio	-17,51 0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
Cód. Cálculo de Classificação do tom TOTAL				
		13,78	0,00	0,00 30,50 0,24 1,10

Média últimos meses (kWh) 47
VENCIMENTO 03/10/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 13,78

Histórico de Consumo (kWh)											
48	49	51	42	50	47	46	41	48	45	64	62
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

fb32.ef35.e2d8.f96a.9d94.f4fd.958a.3b24.

Indicadores de Qualidade				7/2018 - Referência	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIA MENSAL	1,00	0,06			
DIA TRIMESTRAL	15,33				
DIA ANUAL	30,66				
PIQ MENSAL	3,61	1,00			
PIQ TRIMESTRAL	1,23				
PIQ ANUAL	4,31	0,38			
	12,72				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	4,58	29,39
Custo de Energia	6,17	44,72
Serviço de Transmissão	0,35	4,61
Serviço de Distribuição	0,58	8,97
Previdência Social e Previdência	1,57	11,39
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,78	100,00

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Gomes Antas

RG nº MG-21.825.933, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/MG

CPF nº 072.515.574-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Loug de Saiz Parms</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Marília</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.educacao@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Marília/PE, 22 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Gomes Antas

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



MARIA DO SOCORRO GOMES ANTAS AMANCIO
RUA LUIZ DE SOUZA PRADO, S/N - CASA - CENTRO
MANAIRA / PB CEP: 59090-000 (AG. 146)

Emissão: 26/09/2018 Às 16:00h Set / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 220V, 60Hz
Roteiro: 16 - 189 - 450 - 6736 Nº medidor: 3600729503

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ nº 096.189.000/0001-40 Ins. Est. 16.019.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 1016.124.914
Cód. para Dct. Automático: 90912314212

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set / 2018 26/09/2018 26/10/2018 076.783.184-66

UC (Unidade Consumidora): 5/1483421-2

Canal de contato
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi cancelada por Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 26/08/18	Data: 26/09/18			
Leitura: 5155	Leitura: 5302	1	47	28

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0501 Consumo até 30kW-h-BR	30,000	0,201770	6,05	0,00	0	0,00	0,00	0,04	0,22
0501 Consumo - 31 a 100kW-h-BR	17,000	0,346910	5,89	0,00	0	0,00	0,00	0,05	0,22
0601 Adic. B. Vermelho	1,06	0,00	0	0,00	0	0,00	1,06	0,01	0,04
0610 Subsidio	17,51	0,00	0	0,00	0	0,00	17,51	0,14	0,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0208 Devolução Subsidio	19,82	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Cód. Cálculo de Classificação do tom TOTAL									
			19,78	0,00	0,00	30,00	0,24	1,10	

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
47	03/10/2018	R\$ 13,78

Histórico de Consumo (kWh)											
48	49	51	42	50	47	46	41	48	45	64	62
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

fb32.ef35.e2d8.f96a.9d94.f4fd.958a.3b24.

Indicadores de Qualidade				7/2018 - Referência	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIA MENSAL	1,00				
DIA TRIMESTRAL	1,00				
DIA ANUAL	1,00				
DIA MENSAL	1,00				
DIA TRIMESTRAL	1,00				
DIA ANUAL	1,00				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	4,06	29,39
Custo de Energia	6,77	49,12
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Serviço de Distribuição	0,00	0,00
Previdência Opostora e Encargos	1,07	7,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,83	100,00

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



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/biblioteca/web/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 Flavio Magalhães de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542024, 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Yves Cordeiro de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 072515574, 44 do sinistro de DPVAT cobertura incendio da Vítima Yves Cordeiro de Mello Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072515574, 44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recusa Informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Vitória</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56800-000</u>
Email <u>hmc.odonora@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(51) 3846-1036</u>	Telefone celular(DDD) <u>(41) 98842 8264</u>

Vitória PE, 22 de Outubro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL "DEPJANDUHY CARNEIRO" FATOS - PARAÍBA

Nome do Paciente:

João Carlos Silva

V. Prontuário

Data da Cirurgia:

26/08/18

Sr.

Idade

Cirurgião

Dr. Manoel

Plasteador

Dr. Leonardo

2. Anestesia

3. Anestesia

4. Anestesia

Anestesia

Dr. Manoel

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura diafragma de pulmão (E):

Exame de Sangue

Pancreas e rins iguais

Diagnóstico Pós-Operatório

0 mm

Exame de Imagem do Paciente

Exame Radiológico no Atc

Exame de Sangue e Coagulante

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Tipo de Acesso - Tipo de Tórax - Espinal - Drenagem - Sonda - Material Empacado - Aspecto Visual

Dr. Manoel - R/D e S. e S. e S.

Abdomen + Colocação de sonda

Pancreas e rins iguais - 1. km (E)

Curva

Dr. Manoel
Cirurgião
Cirurgião

RELATÓRIO DE CIRURGIA

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

João Gomes da Silva

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

Enfermarias

ENFERMARIA

LEITO

06

03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente vitual de Politrauma (trauma em queda de 10m),
com possível TCE (embriagem de instabilidade neurológica),
sem sinais de comprometimento da coluna cervical.

Kellys Medeiros Lacerda
Médico - CRM 61951 RJ 8151
CHS 2030670346406191

28-03-19

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente vitual de Acidente de
tráfego. Encaminhado para avaliação, com sinais
de trauma e sem sinais de comprometimento da
coluna cervical. Avaliação neurológica e de
sinais vitais. Despertado e sem sinais de
trauma. Sem sinais de comprometimento da
coluna cervical. TCE 81 sinais vitais
estáveis e em movimento,
Be 99.

HD TCE GRAVE

② Fratura Fechada tíbia

③ Infecção Aguda

Exames de urina, Provas de
reabilitação. Adesão do
tratamento.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Zomer	
DA CLÍNICA	ORF
A CLÍNICA	ENFERMARIA
	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Paciente em distúrbio funcional; de função cl, com os distúrbios EP!	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
21/08/18 12h	
# Clínica Médica	
# 3: DIA + SI uso de ANT.B.	
Paciente vítima de acidente de trânsito, evolu com dor no tórax e dispnéia e tosse produtiva, Paciente afibril há 2 dias.	
Ao exame: Eupneia, dispnéia (3+/4+), 55 rpm. Pulso 110 em ART; com crepita e sibilos em base (D)	
HDI: TER? (P.M. (Pneumonia primária)?	
CD: UH.	
Exame lab	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
27.08.18	Kazuo Madeiros Lacerda Médico - CRM 8195 / RJ 8157 ENS 2036670346400181

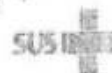
SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

João Gomes Antas

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

Neurologia

ENFERMARIA

63

LEITO

03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

28.08.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

NEUROLOGIA:

Polimialgia / + 10 anos.

Ex: fígado, ECG, hipotensão, anemia,
artrite, febre, hipotensão.

Agudo + 10 anos sem causa
fígado da UTR

Agudo + 10 anos sem
causa.

Jr. Alexandre Flávio
Médico
021.9724

28/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>José Gomes da Silva</u>	
DA CLÍNICA <u>neurologia</u>	ENFERMARIA <u>06</u>
A CLÍNICA <u>neurologia</u>	LEITO <u>03</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Paciente vítima de TCC (traumatismo) na</u> <u>região da cabeça, com lesão da base da crânio</u> <u>28-08-13</u> <u>DATA</u>	
<u>Kezzy Medeiros Lacerda</u> <u>CRM-PB 6195 / RQ 8197</u> <u>CNS 203867034840181</u> <u>ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE</u>	

PARECER:	
<u>Nch. 10:50h.</u> <u>28-08-13</u> <u>Acidente motorizado com TCE</u> <u>há ± 3 dias</u> <u>to exame. Glasgow 13 (A03 RV 9 N 05)</u> <u>sem déficit motor aparentes</u> <u>significativo, reflexos, hemodinâmica</u> <u>mental. Atend. 1167 102</u> <u>TC crânio. Lesão intracerebral</u> <u>1. Hemorragia + edema</u> <u>hemorrágica</u> <u>- (lesão) difusa</u> <u>de concussão</u> <u>Dr Mauro Guerra</u> <u>Neurologia - Neurocirurgia</u> <u>CRM-PB 6016</u> <u>ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</u>	
<u>DATA</u>	

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Gomes Antas	
DA CLÍNICA _____ A CLÍNICA _____	ENFERMARIA _____ LEITO _____
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) U. T. I	
DATA _____	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE _____
PARECER: # Recente politraumatizado com TCE moderado e fratura de fêmur esquerdo. Recente dev entrada há 2 dias e ainda não tem TC de crânio. # ECG grave, semolento, desconforto, hipocárdio + Rst, epruico e normocárdico. - Neuro: ECG 12 (AO 3, MRM, 6, MRV 3) papéis isoeletricos e folhospontuais. - ACP: RCR 2+ UNF5B; MND SRA. - Ext: hem perfundidos, treco em MIE. # CD: Recente sem melhora de IOT no momento. Segue melhora de TC de crânio sem controle e definição de conduta neurológica. TCE? (transferir por referência). 28/08/18	
DATA _____	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA _____ Dr. Yuri Matheus H. Costa Médico RPP 012.4567

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: <i>João Carlos Antas</i>					GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JACINTO CARNEIRO
PL	LEITO	CONDIÇÃO	DIAGNÓSTICO	INSCRIÇÃO	
<i>1a</i>	<i>24</i>	<i>34</i>	<i>34</i>	<i>5215</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Carlos Antas</i> Anestesiologista: <i>Dr. Tarcio</i>					
Cirurgião Assistente: <i>Dr. Carlos</i>		DATA: <i>02/09/18</i>			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Cepnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>P334</i>
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Colutor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eléctrodo de S.O.
	Neocain <i>rotaciona</i>	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thienamidal		Atadura Gessada 10cm
	Quelidn		Sonda Uteral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormidol		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Draino Penrose
	Xilostesin a 5%		Draino Sucção
	Inoval		Draino de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Espandropo
	Etoclonidato		Xilocaína Gel
	Kateter	1	Álcool 70%
	Pubicovina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dinorf	1	Gasep
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrofílico
	Nar . n		Algodão Ortopédico
	Foram	1	Cidex <i>3F.9% 500ml</i>
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Discepan		Agulha descartável
9	Água destilada 16ml		Pastilha de Formol
	Prostignina		Fio Cromado 0 cf agulha
1	Atropina <i>Atropina</i>		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Eforil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cetafotina 12g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Ditel <i>Dexametazone</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pisil		Cat-gut simples 0 cf agulha
9	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 8000 VI		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tilul <i>Q. m/s</i>		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
1	Abocato 20 e 22 <i>Nº 18</i>		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Profena 2-0 cf agulha
	Prolene 0 cf agulha	1	<i>Nylon</i>

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



NOME: < José GOMES AMAS. 62/03

DATA: 26.08.18.

IDADE: 31 anos

MÉDICO: DR. ARTUR H. S. OLIVEIRA.

USG FAST

→ NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LÍQUIDOS
EM CAVIDADE ABDOMINAL.

VÍNCULO COMPLETO
CAM 7683

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Jose Gomes</u>	
DA CLÍNICA _____	ENFERMARIA <u>12</u>
A CLÍNICA _____	LEITO <u>01</u>
MOTIVO DA CONSULTA: _____ (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>mas cirurgico</u>	
<u>02.09.18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
DATA	
PARECER: <u>Paciente sem queixas Cardíacas</u> <u>Neq. Coronari-Card - PA = 120 x 80 mmHg</u> <u>ECG - Normal</u> <u>Risco Cirurgico = Baixo</u> <u>Risco</u>	
<u>02/09/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
DATA	

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Paciente com queixa de dor
na região da face, (reflexo de nariz)

06/09/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

106/04/18

Boa Parecer For unhas do Quedo do nariz,
O Quedo do nariz transmutado em face,
- Diagnóstico Fratura Nasal, sem
indicação do tratamento cirúrgico

1º: (1) Tratamento conservador
(2) Alta da B.M.F.

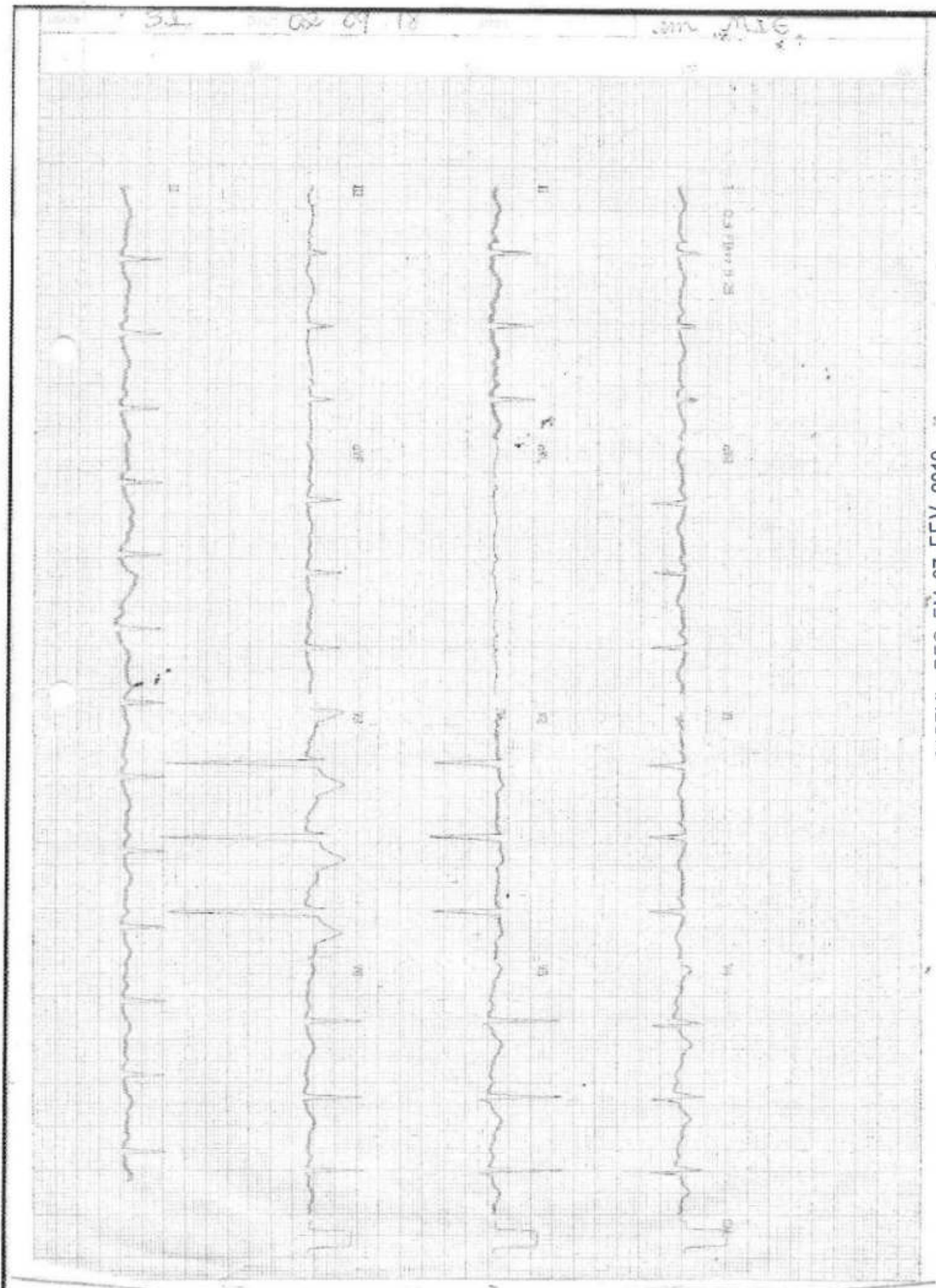
06/09/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019





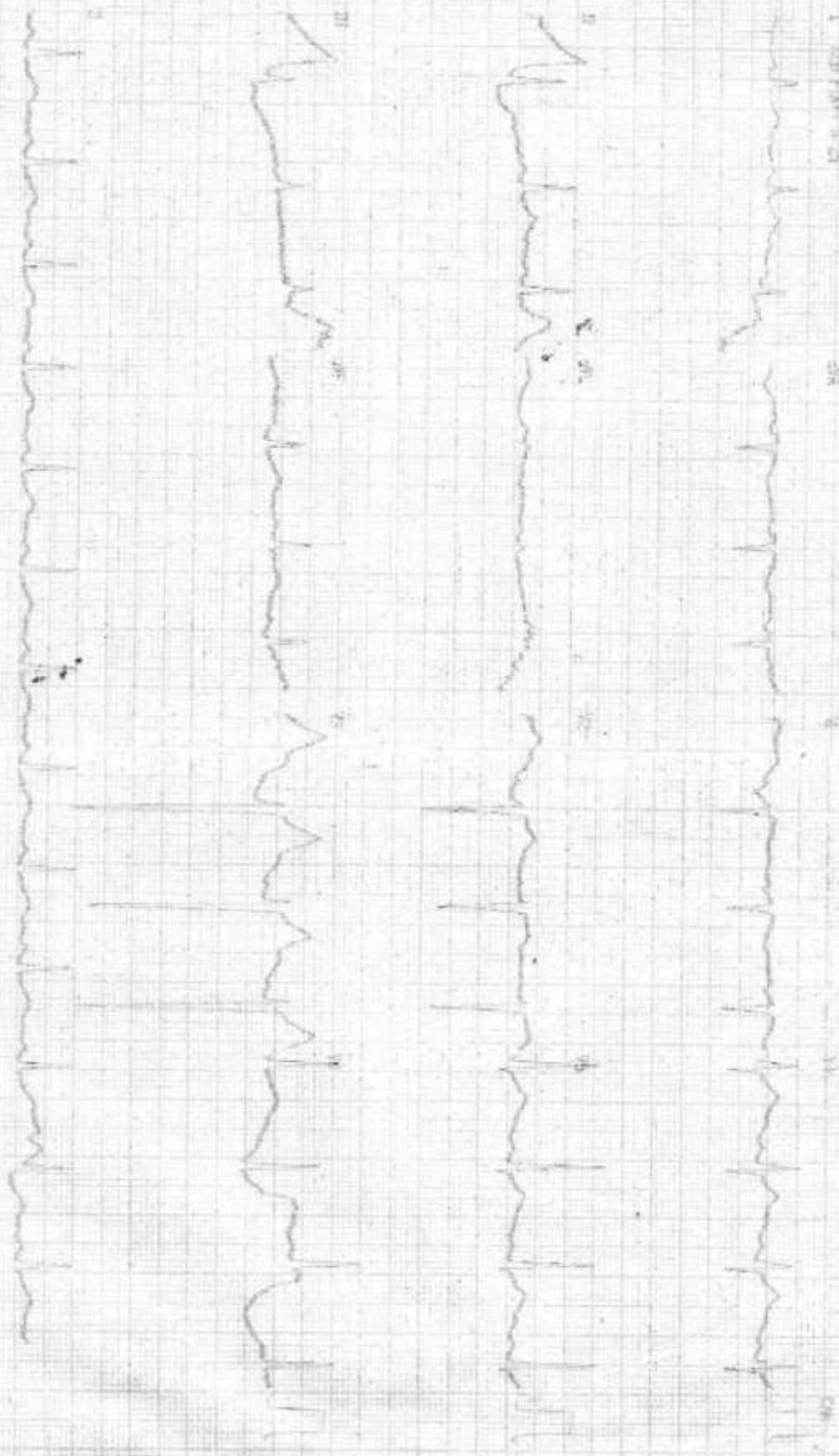
SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



31

02 09 18

WIG



SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 7375 PRONTUÁRIO 5215
DATA 26/08/2018 HORA 09:40 OPERADOR THEDEIROS
MÉDICO MEDICO PLANTONISTA

PACIENTE JOSE GOMES ANTAS IDADE 31a 7m

RESUMO CLÍNICO: *Transtorno de ansiedade generalizada*
para ①

DIAGNÓSTICO: *Transtorno de ansiedade generalizada*
para ①

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Prescrição de ansiolítico e paracetamol

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

INTENÇÕES APÓS A ALTA:
Após 15 dias de tratamento, retornar para avaliação

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência (☒) Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOR/PB 26/08/2018

Dr. Goulart Mendes de S. Silva
Ortopedista Traumatologista
RPP-PB 7512

MÉDICO/CRM

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	7375	PRONTUÁRIO	5215
DATA	26/08/2018	HORA	09:40
OCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL UPA PRINCESA ISABEL		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE MOTO		
PACIENTE	JOSE GOMES ANTAS		IDADE 31a 7m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA GOMES DINIZ		
FILIAÇÃO II	MIGUEL ANTAS DINIZ		
CIDADE	MANAIRA	PB	58995000
ENDEREÇO	RUA CLUBE S/N		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE			
TELEFONE	83996891055	CELULAR	
C.N.S.	700085445727909	IDENTIDADE	21.805.933
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	12/01/1987	COR	
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

VEIO
NO
SAMU

RESPONSÁVEL FRANCISCO GOMES ANTAS

Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente com trauma de quadril e
nódo - fratura - com odo (8)

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

- Fecho positivo - com odo (8)

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de quadril (8)

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 31.09.18

Hora 07 H 40 Min

MOTIVO

() Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 7519

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
ESTADUAL MG-21.805.933 DATA DE EMISSÃO 29/03/2018

NOME
JOSE GOMES ANTAS

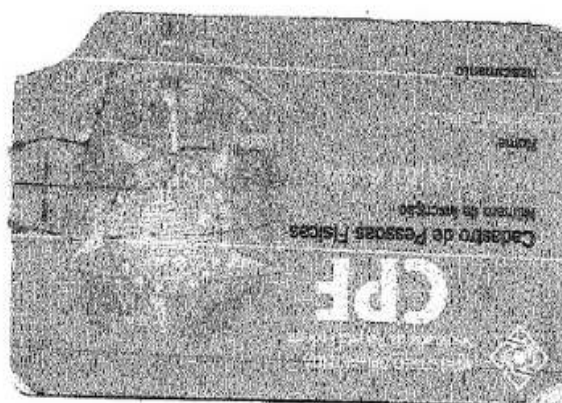
FILIAÇÃO
MIGUEL ANTAS DINIZ
FRANCISCA GOMES DINIZ

LOCALIDADE
PRINCESA ISABEL-PB DATA DE NASCIMENTO 12/1/1987

ENDEREÇO
NASC. LV-7A FL-140V
MANAIRA-PB

LEITICA ALESSI MACHADO RÓGEDO
ASSINATURA DO DIRETOR

PII 2566 LEI Nº 7.116 DE 29/08/89



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS PII 2566-6

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE GOMES ANTAS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SABEMI - REC. EM 07 FEV 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - MG
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013481626397

VIA 01 COD. RENAVAM 83385020 R.N. TR.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JOSE GOMES ANTAS

CPF / CNPJ 072.515.574-44 PLACA DLE-9180

PLACA ANT / UF

CHASSI 9C2K008104R817752777

ESPACIOTIPO PAS/MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2004 ANO MOD 2004

CAP / POT / CL 02L / 149CC

CATEGORIA FARTIC DOB PREDOMINANTE

COTA ÚNICA PAGO VENC. COTA ÚNICA 18 *****

PARCELAMENTO / COTAS 24 *****

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 180,65 IOF (R\$) 9,03 PREMIO TOTAL (R\$) 189,68

DATA DE PAGAMENTO 18/05/18

Renata Mattos Pereira de Paula
Arceburgo - Autorizada Policial - Nível Geral
MASP 387406-2

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

MG Nº 013481626397 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/05/18

VIA 01 CPF / CNPJ 072.515.574-44 PLACA DLE-9180

RENAVAM 83385020 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2004 ANO MOD 2004

CHASSI 9C2K008104R817752777

PREMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 61,29 DEVATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 COTA ÚNICA 189,68

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.240.808/0001-04

SABEMI - RES-SE-07-FEV-2019



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA João Pereira Antão
 DATA DO ACIDENTE 28/08/2018 CPF DA VITIMA 012.515.514-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Af de Albuquerque
 Nº 104 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Juazeiro UF PE CEP 56.870-00
 E-MAIL Joao.pereira@guilherm.com TELEFONE (81) 3386-4035

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIAS/COMPANHIAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190100967 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES ANTAS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NASAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA NASAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.1) - OSTEOSSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190100967 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GOMES ANTAS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NASAL
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - FRATURA NASAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



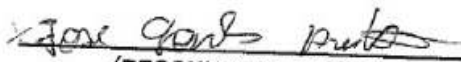
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE GOMES ANTAS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 21805.933 SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº 072.515.574-44, residente e domiciliado na Rua Luiz de Souza Primo, s/n, Centro, Manaíra/PB, CEP: 58.995-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSE GOMES ANTAS**.

Manaíra/PB, 09 de Outubro de 2018.


(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SABEMI – REC. EM 07 FEV 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043475/19

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

CPF: 072.515.574-44

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GOMES ANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

JOSE GOMES ANTAS : 072.515.574-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 05/02/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190100967

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GOMES ANTAS

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 13929060

Pag. 01207/01208 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190100967

Vítima: JOSE GOMES ANTAS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GOMES ANTAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE GOMES ANTAS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000004033-9**

Conta: **000010007866-4**

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

