

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: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDECI DA PAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000113806-0

Nr. da Autenticação A19799AF73C21094



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
ENTRE EM ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

1160850

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VALDECI DA PAZ

RUA DAS VIOLETAS, 148 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083-331

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Reserva	
001.030.307.0218.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A01A412962	08/06/2002	EXT LACR	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
633	633	4	31	09/01/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
NOV/2019	4	30	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
OUT/2019	4	30	TURBIDEZ	268 288 279
SET/2019	4		CLORO	268 288 288
AGO/2019	4	60	COL. TERMOT	0 0 0
JUL/2019	4	60	COR	73 145 139
JUN/2019	4		COL. TOTAIS	268 288 274
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: OUT/2019	

DATA DA IMPRESSÃO: 10/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:14:57

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	4 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,31 FTS E COFINS (R\$ 12,741/12)

VENCIMENTO:

22/12/2019

Total a Pagar:

R\$ 68,24

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 137 / SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58056294 (AO: 5)

energisa

Ligação: MONTEBASCO
 Cliente: COMITC 83/ COMERCIAL - COMERCIAL
 Retiro: 12-5- 50-425 Referência: Nov/ 2019
 Medidor: 00006187521 Emissão: 20/11/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. L. 230, Km 25 - Cadeia Relâmpago - João Pinheiro / PR - CEP 83071-690
 CNPJ/IS 096 103/0001-40 - 2nd Est. 15 215-822-0

Moto Postal / Correo de Empresa Ejecuta N°034 523 946
 Cód. para Dto. Automático: 000 000028 11

Nov 1 2019 20/11/2019 19/12/2019 010.542.224-45
Insc. Fed.

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura	1	264	30
21/10/19	5593	20/11/18	8997			
Qtd	Descrição	Quantidade 1 mes	Valor 02/04/18	Arq. 02/04/18	Valor 02/04/18	Valor 02/04/18
		Tabula Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Perc (R\$)	ICMS (R\$)
0501	Consumo em kWh	264,000	2,775,660	204,83	204,83	25
0501	Adc. B. 4 m/mha			1,74	1,74	25
0501	Adc. B. 4 m/mha			10,29	10,29	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE SERV. ILUM. P/BLCA			13,01	3,00	6

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	229,87	218,99	54,23	218,86	1,82	8,36
Taxa de Tributo	0,548400						

95 27/11/2019 R\$ 229,87

0	0	8	15	21	0	3	0	0	187	242	249
Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19

37b6.1ac7.d42c.85c1.f4a1.472a.dcd2.c816

Despesa		Valor		%	
Despesa	Valor	Despesa	Valor	Despesa	Valor
Despesa Mensal	5,07	Despesa Mensal	5,07	Despesa Mensal	5,07
Despesa Trimestral	15,15	Despesa Trimestral	15,15	Despesa Trimestral	15,15
Despesa Anual	60,30	Despesa Anual	60,30	Despesa Anual	60,30
Despesa Mensal	2,22	Despesa Mensal	2,22	Despesa Mensal	2,22
Despesa Trimestral	6,66	Despesa Trimestral	6,66	Despesa Trimestral	6,66
Despesa Anual	25,98	Despesa Anual	25,98	Despesa Anual	25,98
Despesa Mensal	7,99	Despesa Mensal	7,99	Despesa Mensal	7,99
Despesa Trimestral	23,97	Despesa Trimestral	23,97	Despesa Trimestral	23,97
Despesa Anual	95,88	Despesa Anual	95,88	Despesa Anual	95,88
Despesa Mensal	3,19	Despesa Mensal	3,19	Despesa Mensal	3,19
Despesa Trimestral	9,58	Despesa Trimestral	9,58	Despesa Trimestral	9,58
Despesa Anual	38,72	Despesa Anual	38,72	Despesa Anual	38,72
Despesa Mensal	12,91	Despesa Mensal	12,91	Despesa Mensal	12,91
Despesa Trimestral	38,72	Despesa Trimestral	38,72	Despesa Trimestral	38,72
Despesa Anual	154,88	Despesa Anual	154,88	Despesa Anual	154,88
Despesa Mensal	51,63	Despesa Mensal	51,63	Despesa Mensal	51,63
Despesa Trimestral	154,88	Despesa Trimestral	154,88	Despesa Trimestral	154,88
Despesa Anual	619,52	Despesa Anual	619,52	Despesa Anual	619,52
Despesa Mensal	206,51	Despesa Mensal	206,51	Despesa Mensal	206,51
Despesa Trimestral	619,52	Despesa Trimestral	619,52	Despesa Trimestral	619,52
Despesa Anual	2478,08	Despesa Anual	2478,08	Despesa Anual	2478,08
Despesa Mensal	826,03	Despesa Mensal	826,03	Despesa Mensal	826,03
Despesa Trimestral	2478,08	Despesa Trimestral	2478,08	Despesa Trimestral	2478,08
Despesa Anual	9912,32	Despesa Anual	9912,32	Despesa Anual	9912,32
Despesa Mensal	3304,11	Despesa Mensal	3304,11	Despesa Mensal	3304,11
Despesa Trimestral	9912,32	Despesa Trimestral	9912,32	Despesa Trimestral	9912,32
Despesa Anual	39649,28	Despesa Anual	39649,28	Despesa Anual	39649,28
Despesa Mensal	13216,43	Despesa Mensal	13216,43	Despesa Mensal	13216,43
Despesa Trimestral	39649,28	Despesa Trimestral	39649,28	Despesa Trimestral	39649,28
Despesa Anual	158597,12	Despesa Anual	158597,12	Despesa Anual	158597,12
Despesa Mensal	52865,71	Despesa Mensal	52865,71	Despesa Mensal	52865,71
Despesa Trimestral	158597,12	Despesa Trimestral	158597,12	Despesa Trimestral	158597,12
Despesa Anual	634388,48	Despesa Anual	634388,48	Despesa Anual	634388,48
Despesa Mensal	211462,83	Despesa Mensal	211462,83	Despesa Mensal	211462,83
Despesa Trimestral	634388,48	Despesa Trimestral	634388,48	Despesa Trimestral	634388,48
Despesa Anual	2533273,92	Despesa Anual	2533273,92	Despesa Anual	2533273,92
Despesa Mensal	844424,64	Despesa Mensal	844424,64	Despesa Mensal	844424,64
Despesa Trimestral	2533273,92	Despesa Trimestral	2533273,92	Despesa Trimestral	2533273,92
Despesa Anual	10133105,68	Despesa Anual	10133105,68	Despesa Anual	10133105,68
Despesa Mensal	3377701,89	Despesa Mensal	3377701,89	Despesa Mensal	3377701,89
Despesa Trimestral	10133105,68	Despesa Trimestral	10133105,68	Despesa Trimestral	10133105,68
Despesa Anual	39732422,72	Despesa Anual	39732422,72	Despesa Anual	39732422,72
Despesa Mensal	13244140,91	Despesa Mensal	13244140,91	Despesa Mensal	13244140,91
Despesa Trimestral	39732422,72	Despesa Trimestral	39732422,72	Despesa Trimestral	39732422,72
Despesa Anual	158929691,04	Despesa Anual	158929691,04	Despesa Anual	158929691,04
Despesa Mensal	52976563,68	Despesa Mensal	52976563,68	Despesa Mensal	52976563,68
Despesa Trimestral	158929691,04	Despesa Trimestral	158929691,04	Despesa Trimestral	158929691,04
Despesa Anual	635718764,16	Despesa Anual	635718764,16	Despesa Anual	635718764,16
Despesa Mensal	211906254,72	Despesa Mensal	211906254,72	Despesa Mensal	2119062

Veranda ELSD (Ref. 9/20-05) 17

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, o consumidor, a partir da data de vencimento, poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 80 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga, a seguinte confirmação de

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009.03150.244006.07475.127176.5.80860000022987

PAGADOR: JEAN LEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.942.324-40
 ENDEREÇO: R. BENEDETO OLIVEIRA, 117 - SAÍ DA ZI - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58065294

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007475-27	001668291201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

INSTRUMENTO PÚBLICO PARA LA DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA S/A CNPJ 05.065.193/0001-40

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Valdeci da Paz Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.331.248 / 28
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Valdeci da Paz
inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.331.248 / 28, 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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

Ficha Nr: 242636 Atd: Nao Regul
Data: 06/07/2019
Hora: 17:55:02
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: VALDECI DA PAZ

Num. Prontuario: 2019.07.000656

CNS: 898000507606894 Sexo: M IDENTIDADE: 1518428 Fone: 988507276

Natural: POMBAL/PB Data Nasc.: 21/11/1957 Id: 61 ano(s)

End.: RUA DAS VIOLETAS, 148 ELETRICISTA RESIDENCIAL PACIENTE VINDO DO TRAUMA

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: PAULINA MARIA DA CONCEICAO

Pai: NAO DECLARADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: FILHO RESPONSÁVEL

T: Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: VEIO DE VEICULO QUEDA DE MOTO NO ERNANI SATIRO

Vitima de acidente por: HJ AS 12/30 COND, SAINDO DO TRABALHO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Q:ixa Principal

Observacao

PA: IACAO, TRAUMA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto e/ trauma me to @
Mafee fratura tra ± 7h.

Diagnostico

Conduta

re. seu tal.

- X biomecânica TNZ @

- Curativo.

Prescrição

Horario da medicacao

- FH

- Upm

- Tafa bafa

Dr. Tibério Venomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
- 0752/RQE 5489

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

09/07/2019 - Psicologia
Realizado atendimento + suporte e


NERY
EMP 13/2958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 06/07/19

Nome: Valdeci da paz
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe: Bairro:
Endereço: Estado: Fone: Profissão:
Cidade: Estado Civil: Religião:
Sexo: F () M () Cor: Data de Nascimento: / /
Escolaridade:

QPD:

HDA:

fx bromazepam Tnt (2)

Medicações em uso: ☒

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

- fx brimafeofar TNE @

Conduta: _____

- IH
- VPM

Dr. Ludimar dos Santos de Figueiredo
Clínica de Diagnóstico
1996

Nome: VALDECI DA PAZ				Registro:	
Idade: 61a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: 15	LR:
Data: 12/08/2019			Cirurgião: DR BARTOLOMEU		
1º Assistente: KLENIO R1			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Bimaleolar do Tornozelo</i>					<i>S82.6+S82.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 4 parafusos corticais + 2 para,
Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Redução dos fragmentos ósseos
Aposição de 2 parafuso(s) maleolar(es)
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pe
Curativo
Remoção de garrote do MTD
Tala bota gessada

OBS: Paciente sem queixas, alta hospitalar em 24h

Data: 12/08/2019

MÉDICO/CRM



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente VALDECI DA PAZ	BAE 1175316	Data/Hora Entrada 06/07/2019 12:54:37	Data Baixa 2019-07-06 15:46:13.0
Data de nascimento 21/11/1957	Idade 61a 7m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988066005
Mãe PAULINA MARIA DA CONCEICAO		CNS 898000507606894	Prontuário
Endereço DAS VIOLETAS, 148	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 06/07/2019 13:12:44		Data/Hora Prescrição 06/07/2019 15:46:15	

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM PE DIREITO. AO EXAME: EGR, SEM DOR A PALPAÇÃO. ADM OK, NEUROVASCULAR OK. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EM FIBULA DISTAL E EM DEDO DO PE DIREITO. CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA PRESCREVO SAT PRESCREVO ANALGESICO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Alta

Usuário JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Data e Hora 06/07/2019 15:46:13
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RELATANDO DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. REALIZADO RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE FIBULA DISTAL DIREITA EM DEDO DO PE DIREITO. ENCAMINHO AO TRAUMINHA PARA AVALIAÇÃO

VALDECI DA PAZ

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALDECI DA PAZ				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 61 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 10	LEITO: 135
DATA DE ADMISSÃO: 06/07/2019		DATA DE ALTA: 13/08/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do MALÉOLO LATERAL E MEDIAL do TORNOZELO</i>				CID S82.6 + S82.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura em maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo LATERAL e MEDIAL, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico redução aberta e fixação interna com placa e parafuso. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>cefalexina, aine e analgésico.</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 07 dias para revisão. (DR BARTOLOMEU)					
13/08/2019		Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO / C.R.M.			
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
VALDECI DA PAZ

DOC IDENTIDADE / CPG EMISSOR UF

1518428

SSP

PB

CPF

011.331.248-28

DATA NASCIMENTO

21/11/1957

FILIAÇÃO

NAO CONSTA

PAULINA MARIA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB.

AD

Nº REGISTRO

02615116868

VALIDADE

05/05/2022

1ª HABILITAÇÃO

06/06/1983

OBSERVAÇÕES

A

Valdeci da Paz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO

08/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

31040010401
PB034437444

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1474473844

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474473844

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. TAMBÉM Nº
 2627716 SSP PB

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1989

PERIÓDO
 ALEXANDRE DE ABALJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
☒ 1

REC
☒ 1

CATEGORIA
 3

Nº HABILITADO
 01051265640

VALIDADE
 16/03/2019

1ª ANOTAÇÃO
 29/06/2001

ASSINATURA
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

ASSINATURA DO TITULAR
 Rodrigo Cunha/Ass

CPF
 65589356744

RG
 29027919595

PRESTIDIO PLASTIFICAR
 894056231

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Valdeci da Paz
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Eletricista Nº DO RG: 1518428
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 06/06/1983
Nº CPF: 041 331 248 28 ENDEREÇO: Rua dos Violetas
148 Bairro dos Industriais João Pessoa/PB

OUTORGADO: Alexandra Cesar Duarte
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
 PROFISSAO: Advogada Nº DO RG: 2627718
 ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 17/01/2014
 Nº CPF: 046.502.754-74 ENDEREÇO: Rua Agente Fiscal
João Costa Duarte, 157 Mangabeira

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Isadora da Penha, ocorrido em 06/07/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária.

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

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-000566

Reconheço por autenticidade a firma de:

VALDECI DA PAZ

Deu fe', em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 08/01/2020. 13:03

EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 IRB: R\$ 0,51

SELO DIGITAL: AJOBG46-HVWJP

Confira a autenticidade em <https://seiodigital.tjpb.jus.br>

SERGIO RICARDO M MENDONÇA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015169/20

Vítima: VALDECI DA PAZ

CPF: 011.331.248-28

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDECI DA PAZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

VALDECI DA PAZ : 011.331.248-28

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: 13/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017410 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECI DA PAZ **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 06.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017410

Vítima: VALDECI DA PAZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDECI DA PAZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017410

Vítima: VALDECI DA PAZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDECI DA PAZ

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: VALDECI DA PAZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 000000113806-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 10/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09610.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09610.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:21 horas do dia 22 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Valdeci da Paz**, CPF nº 011.331.248-28, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Paulina Maria da Conceição, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 21/11/1957 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Violetas, Nº 148, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98850-7276.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Minervino Rique de Albuquerque, Estação da Chesf, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/07/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

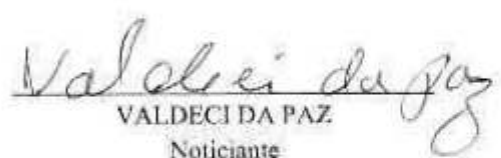
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/07/2019, POR VOLTA DAS 12:20, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2019, PLACA OGF-3792/PB, CHASSI 9C2KD0810KR119008, REGISTRADA EM NOME DESTA NOTIFICANTE NA RUA MINERVINO RIQUE DE ALBUQUERQUE, COSTA E SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DESVIAR DE UM VEICULO; QUE FOI SOCORRIDO POR VEICULO PARTICULAR AO HOSPITAL DE TRAUMA E EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.6 + S82.5 CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. KLENIO F. DA NOBREGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


VALDECI DA PAZ
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO

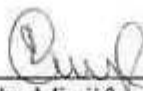
Nº. 1791/2019

Atendendo solicitação de **VALDECI DA PAZ** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº242636 e Prontuário nº 2019.07.0656 pertencentes ao paciente **VALDECI DA PAZ** que foi atendido dia 06/07/2019 às 17h55min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura bímaleolar lateral e medial do tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2019 com alta médica dia 13/08/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533