



Número: **0802496-60.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **19/12/2019**

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
CLAUDECI VICENTE DA SILVA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35410 747	13/10/2020 19:37	<u>2757592_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190493534 Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

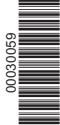
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00117/00118 - carta_03 - INVALIDEZ



00030059

Carta nº 14739354



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 1



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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190493534 **Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: 25/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00055/00056 - carta_02 - INVALIDEZ



00060028

Carta nº 14817343



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 2

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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190493534 **Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: 25/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000021474-0

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, retorno 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





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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 14911969



00360709



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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190493534 **Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: 25/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI VICENTE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000021474-0

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.

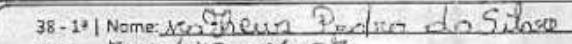
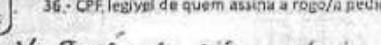
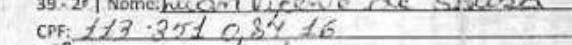
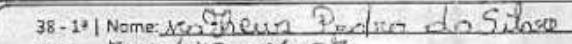
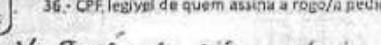
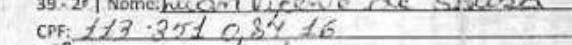
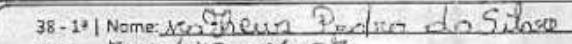
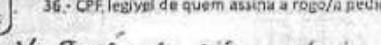
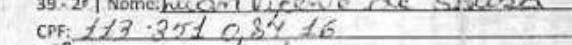
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:											
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:											
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:														
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00														
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)														
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104).														
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____														
AGÊNCIA: <input type="text" value="3571"/> CONTA: <input type="text" value="214 024"/> <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)														
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														
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): <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p style="text-align: right;">22 ABR 2018 PROJ. 22 ABR 2018</p>														
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, levando-se na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.														
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE														
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:														
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:														
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não fazer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não														
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso cevada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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.														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">  35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido $144048624-12$ </td> <td colspan="3"> 38 - 1º Nome: <u>Matheus Pedro da Silva</u> CPF: <u>705 429 524-57</u>  Assinatura da testemunha </td> </tr> <tr> <td colspan="2">  37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido </td> <td colspan="3"> 39 - 2º Nome: <u>Juan Vicente de Souza</u> CPF: <u>113 351 084-16</u>  Assinatura da testemunha </td> </tr> </table>					 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido $144048624-12$		38 - 1º Nome: <u>Matheus Pedro da Silva</u> CPF: <u>705 429 524-57</u>  Assinatura da testemunha			 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: <u>Juan Vicente de Souza</u> CPF: <u>113 351 084-16</u>  Assinatura da testemunha		
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido $144048624-12$		38 - 1º Nome: <u>Matheus Pedro da Silva</u> CPF: <u>705 429 524-57</u>  Assinatura da testemunha												
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: <u>Juan Vicente de Souza</u> CPF: <u>113 351 084-16</u>  Assinatura da testemunha												
40 - Local e Data, _____														
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)														
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)														
43 - Assinatura do Procurador (se houver)														

2020/2019



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 1165 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 25 / Maio / 2019. HORAS: 10h30.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Renate Andersen de Oliveira

Notificante/Vítima:

CLAUDECI VICENTE DA SILVA, brasileiro, natural de Itaporanga-PB, solteiro, agricultor, nascido no dia 25.10.1979, filho de João Vicente da Silva e Sebastiana Severina da Conceição, portador de RG nº. Francisca nº.391 no Bairro Alde das Neves Itaporanga-PB.
Obs: Notificante não é alfabetizado.

Histórico de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das penas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas o Notificante estava retornando da casa de sua genitora, conduzindo a moto YAMAHA/YBR125 FACTOR K, cor preta, ano 2013/2014, placa QFG5115/PB e chassi 9C6KE1920E0002582, em nome de MARCICLEIDE NICOLAU ALVES e ao passar pelo Sítio Cantinho, na área rural de Itaperanga-PB, precisamente em uma curva colidiu com outro veículo, caindo ao solo, sendo então socorrido pelo SAMU para atendimento Hospitalar.

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaporanga, Pb, 16 / Agosto / 2019.

Notificante/Vítima: X

Escrivão Plantonista: Pro. Sávia Rodrigues



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		<p>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: <i>055 980 224 40 claudaci Vicente da Silva</i></p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: <i>claudaci Vicente da Silva</i> 6 - CPF: <i>055 980 224 40</i></p> <p>7 - Profissão: <i>agricultor</i> 8 - Endereço: <i>rua São Francisco</i> 9 - Número: <i>391</i> 10 - Complemento: <i>casa</i></p> <p>11 - Bairro: <i>Ita das Neves</i> 12 - Cidade: <i>Itapiranga</i> 13 - Estado: <i>PR</i> 14 - CEP: <i>52.280.000</i></p> <p>15 - E-mail: <i>rebeca.messias@hmail.com</i> 16 - Tel. (DDD): <i>99942152074</i> 17 - 987616835</p> <p>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p> <p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</p> <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104).</p> <p>AGÊNCIA: <i>3571</i> CONTA: <i>214 24 0</i></p> <p>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____</p> <p>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____</p> <p>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p> <p>Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.</p> <p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>Dedico, 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):</p> <p><input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</p> <p>Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, levando-se na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.</p> <p>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p> <p>23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:</p> <p>25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</p> <p>28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso cevada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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.</p> <p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>MORTE</p> <p>TESTEMUNHAS</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido <i>José da Silva Júnior</i> <i>144 048 624-12</i></p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido <i>144 048 624-12</i></p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido <i>X José da Silva Júnior</i></p> <p>40 - Local e Data, _____</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>claudaci Vicente da Silva</i></p> <p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p> <p>data: 001/2019</p>							
-------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493534 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE PATELA DIREITA.
FRATURA DE HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM PATELA DIREITA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO 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 DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,2(BAM) P.7(CIRURGIA) P.18,19(IMAGEM)

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493534 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA. FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 10 CM NA FACE ANTERIOR DO JOELHO COM AUMENTO

físico: DE VOLUME ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO. AO EXAME DO 1º PODODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE EM INTERFALANGEANA DISTAL COM DESVIO INTERNO DO 1º DEDO COM LIMITAÇÃO INTESA DA MOBILIDADE E DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU I. EDEMA LOCAL.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO HÁLUX DIREITO, EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. RECEBEU ALTA APÓS 72 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/09/2019 A INDENIZAÇÃO EFETUADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO. PERÍCIA MÉDICA ATUAL ESTIMOU UMA SEQUELA CORRESPONDENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO E UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU SEVERO DO 1º PODODÁCTILO DIREITO. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190493534**

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDECI VICENTE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA SAO FRANCISCO, 391 - Itaporanga - PB - CEP 58780-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **45352**

Data e local do acidente: [**25/05/2019**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**11/10/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA. FRATURA DO 1º PODODÁCTILO DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 10 CM NA FACE ANTERIOR DO JOELHO COM AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO. AO EXAME DO 1º PODODÁCTILO DIREITO: APRESENTA DEFORMIDADE EM INTERFALANGEANA DISTAL COM DESVIO INTERNO DO 1º DEDO COM LIMITAÇÃO INTESA DA MOBILIDADE E DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU I. EDEMA LOCAL..

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO HÁLUX DIREITO, EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. RECEBEU ALTA APÓS 72 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 1º pododáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

1º pododáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**REANÁLISE: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM
02/09/2019 A INDENIZAÇÃO EFETUADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM
GRAU MODERADO.**

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedista e Cirurgião do Joelho
CRM-PB 8085 - CREA-PB 34411
TELEFONE 14303



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Recusa: _____
Nome: _____
Assinatura: _____ RG/CPF: _____

Terapeuta/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemedicina):

Evolução Clínica:

Paciente vítima de queimadura cutânea profunda (muito xante). Apresentava-se com queimadura profunda nos M I + D (fraturas expostas). Estágio de hemostasia iniciado, sem risco imediato de óssea ou vascular.

Diagnóstico Médico: Fratura exposta de M I D

Procedimentos Realizados: Desobstrução vias aéreas - Intubação Naso/Orotróqueal - Câmla Orofaringea - Cricotrixeidostomia - Ventilação Mecânica (Manual) - Respirador - Inalação de Oxigênio O₂ - Drenagem Torácica - Massagem Cardíaca Externa - Desfibrilação/Cardioversão - Controle de Hemorragia - Curativo - Punção Venosa - Sonda Gástrica - Sonda Vesical

Sedação - Imobilização - Colar Cervical - Outros

ECG: Normal - Alterado - Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

Ceftriaxone 1g + 1D (5V)

Soro R.F. 500 ml 1 manutenção

Dramal 0,1% molo + 250 ml de SF 0,9% (G1)

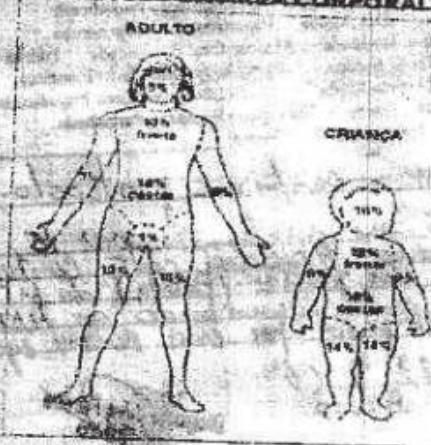
Exame Gineco-Obstétrico: -

Abortamento Hemorragia Vaginal Normal

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

MÁXIMO	
Expansiva	4
↓↓↓↓	3
↓↓↓↓↓	2
↓↓↓↓↓↓	1
MÍNIMO	
Concreta	2
Confusa	1
↓↓↓↓↓↓↓↓	0
↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-1
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-2
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-3
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-4
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-5
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-6
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-7
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-8
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-9
↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	-10
TOTAL MÍNIMO	
TOTAL MÁXIMO	
INTERVALO	

EXTENSÃO DE QUEMADURAS
CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAD

Quanto maior o ferimento, maior o grau de queimadura. O grau de queimadura é determinado pelo profundidade do tecido queimado.

PEQUENO GRAU

São as queimaduras superficiais, envolvendo somente a epiderme e a parte mais superficial da derme.

MEDIO GRAU

Envolve a derme e parte da hipodérmica. Pode envolver a parte mais profunda da derme.

GRANDE GRAU

Envolve a derme e parte da hipodérmica, envolvendo a maior parte da derme.

$$Nº \text{ gotas/min} = \frac{V_1 \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}} \times 3$$

$$Nº \text{ microgotas/min} = \frac{V_1 \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$

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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000021474-0

Nr. da Autenticação 80804BA5B66A0B9F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 15

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: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000021474-0

Nr. da Autenticação 8CD51B2142FAAF54



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 16



COMPREHENSIVE
SECURITY CO.

22 AGU. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
- MARE
SECRETARIA DE PROTEÇÃO CIVIL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 17



**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 seguintes canais:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e pedidos de comprovante e outras informações): 0800-727-2000

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outros regiões: 8800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC para deficiências, auditivos e de fala: 0800 022 12 06 | Central de Atendimento: 0800 021 01 25

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.funqa.gov.br/BIBLIOTECAMER/DOCORIGINAL/MS90710_10_GODICO_20020

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 de endereços, endereços eletrônicos, telefones, e-mail, entre outros.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro D-VAI, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é considerada de comprovação da COAF.

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ³ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – CCAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS DESVIAÇÃO NA LEI N.º 9.239/96.

Pelo exposto, eu Elison Rodriguez dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064-09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elmíderci Vicente da Silva Inscrito (a) no CPF sob o N° 055 980 224-40

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cláudia Vicente da Silva

10 de 10, comprovado corretamente da Unidade Base 443/12.

Declaro Profissão:

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

Endereço:	Rua Euclides Figueiredo	Número:	22	Complemento:	0000
Bairro:	Centro	Cidade:	Itapejanga	Estado:	PR
E-mail:	rafael.morais.09@gmail.com				Tel.(DDD): 993471222

Local e Data: Vilaonga 21/08/2019

der Sonne

PROTÓCOLO DE INVESTIGAÇÃO
22 AGO. 2019
AG. JOÃO PESSOA

DL DB1 001 v001 / 2012





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 21h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC para reclamações e sugestões, 24 horas por dia: 0800 022 82 89 | **SAC** para deficientes auditivos e de fala: 0800 022 12 06 | **Central de Ouvidoria:** 0800 021 91 35

Eu, Marcos de Freitas Nogueira Alves,
RG nº 1908149, data de expedição 19/07/1993
Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 072 009 464-00,
com domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São Francisco 1 Barro, Bairro Encruzilhada, nº 391,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Cláudeci Vicente da Silva, cujo o condutor era
omeama.
Veículo: moto Modelo: Yamaha/ XBR 125 Factor Ano: 2013/2014
Placa: 01FG 5415 88 Chassi: 9C6 KE4920E00002582
Data do Acidente: 25/05/2019

Local e Data: Florianópolis 26/07/2019

Assinatura do Deslizante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PROTÓCOLO
22 ABR. 2019
JOÃO PESSO

PROTÓCOLO DE JUÍZ DE PESSOAS



FICHA DE INTERNACAO

INTERNAÇÃO	45352	HORA	16:17	PRONTUÁRIO	25029
DATA	25/05/2019	OPERADOR	MAIA		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAUDE				
MÉDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	CLAUDECI VICENTE DA SILVA	IDADE	39a 7m	GENERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	SEBASTIANA SEVIRINA DA CONCEICAO				
FILIAÇÃO II	JOAO VICENTE DA SILVA				
CIDADE	ITAPORANGA	PB	58780030		
DIRECO	RUA SAO JOAO 391				
MUNIC	ALTO DAS NEVES				
NATURALIDADE	ITAPORANGA				
TELEFONE		CEP/PLAC	58999531419		
C.N.S.	158720667568027	IDENTIDADE			
C.P.F.	055.980.724-10	REG. NAC.			
NASCIMENTO	25/10/1979	COR			
EST. CIVIL	UNIAO ESTA.	PROFISSÃO			
		PARDO			
		AGRICULTOR			

RESPONSÁVEL CLAUDECI VICENTE DA SILVA ... , Paciente *K*

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

*Atencio a presente é para, dentre
a acident e fratura*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame de reflexos, exame das diversas amarelhas).

*Ferimento extenso na face com reflexos
de patela comintra*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, Laboratório)

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta do Tálio D/P crico* 582.0
Fractura do Tálio D/P crico 592.4

DADOS DA SAÍDA Data 07.06.19 Hora 10:00 M.R.

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

ANTONIO IVANES DE LACERDA
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Assinatura

PACIENTE GT	Nome: Vicente da Silva	CONVENIO:	DATA:	REGISTRO:	6
SEXO:		CONVENIO:	39a	25029	
CIRURGIA:		CIRURGIA:			
INSTRUMENTADOR:	Frut. Opele de Ribeiro de Oliveira	ANESTESISTA:	Dr. René		GOVERNO DA PARAÍBA
DATA:	25.05.2019	INICIO:	17:00	FIM:	18:15
NOTA DE SALA - MATERIAL					

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnografo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cardio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
✓	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletródos desc.
	Neocain <i>Isobárica</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminal		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilotesina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Kilocaina a 2%	✓	Espadrapo
	Etodiamide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVP1 Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Longaxat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Sofona <i>Refugada</i> 2g		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
1	Agua destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prestigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	<i>Ecstasy</i>		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Raqui <i>anestesia</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanil 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raqui Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Proleve 3-0 c/ agulha <i>Gláucos</i>
	Prolene 0 c/ agulha		Urbam 2-0
			Vicril 1-0



15	04	CONVENIO: SUS	IDADE: 39 a	REGISTRO: 20029
TTO Cerrapre da Pélvis		Gaudêncio		
Racine		CRURGIO:	ANESTESISTA: Towmás	
INSTRUMENTADOR:		DATA:	INICIO:	FIM:
		04/06/19	10:30	

GOVERNO
DA PARAIBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ coro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cárdo-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno do Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodolimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Alcool 70%
	Pubicovalina 0,5%		PVP1 Tintura
1	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepan		Aguilha Descartável
	Aqua destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalin		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanil 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abborate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		





SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente: <i>Cláudia Vicent da Silva</i>		Nº Próstetico:
Data da Cirurgia: <i>25/05/10</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Graves</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fractura cominutiva do rebordo do alvéolo maxilar, com contusão múltipla</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>redução e imobilização</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório:		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- D4 deslocamento
- Ombro + tendão + perneira luxada
- Fratura exposta do rebordo operatório, com espessura óssea de 1 cm
- Reduzi o rebordo e fixou a fratura com 3 f. de 3,5 mm e 1 clavícula
- Fissura do fundo ósseo
- Contato bono placa e anátesis
- Osteosíntese com 3 placas de 3,5 mm e 1 placa de 2,7 mm
- Cerebelo e tálamo preservado

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Paciente: Charles Scott Unit.

Setor/Enfermaria: 15^o Unidade: 04 Diagnóstico:

1. *Qualquer* prescrição médica

W. H. Smith & Sons, Ltd., 1923.

1988-1989

Gen & all the 804 + 4004 S

the local de 300 000 000

Section 11.2

18th of Dec. 1912 (66) 66 lbs

100 mg + 100 mg S102

1928 (2) 1000000.

Glazier *Glazier*

• **Posttraumatic Stress Disorder** Trauma-strategia

SAC-UNIVERSITY 01511 GRUMPS 7024

110

111

66.3°C 06:00 h P: 100 mm 17°C 12

PA: $\frac{mg}{DI}$ HGT: $\frac{mmHg}{DI}$ x

Use:	ml	Diurese:
100 ml	100 ml	100 ml

12. *Platycerium* (L.) F. S.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131937489450000033831168>
Número do documento: 2010131937489450000033831168

Num. 35410747 - Pág. 27

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANUÁRIO CARRERO
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAS - Sistema Único da Assistência de Enfermagem

GOVERNO
ESTADO DA PARAÍBA

Evolução de Enfermagem

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIA/NO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente evoluiu com conforto. Paciente em P.C.R., convalescente de infarto agudo de miocárdio, com uso de óxido nitrogênio, aceite de canola e óleo de amêndoas no estômago, náuseas e vômito, com náuseas e vômitos e exscreções de líquido de enfermagem. Paciente em cuidado de equipe de enfermagem.</p> <p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p>5</p> <p>Assinatura e carimbo do Técnico</p> <p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p>Paciente evoluiu com conforto. Fizemos exame urinário realizado na manhã anterior, pulsos e pressões conforme medidos em dia anterior. Analise os exames com a pessoa devidamente informada e os resultados não conseguiram o resultado de enfermagem.</p> <p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>
<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p>



Paciente: Claudaci Vicente Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04 Data:

Paciente: Edilson Vicente Diagnóstico: _____
Data: 22/09/09
Leito: 04
Setor/Enfermaria: 15

SUS  SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SOCIETY FOR POLYMER SCIENCE

Visita Médica: Data:

SIGNALISATION

卷之三

11

05.00 h		12.00 h		18.00 h	
Tax:	33°C	P:	bpm	Tax: 36°C	P:
R:	15pm	SpO ₂ :	%	R:	bpm
PA:	120	x	120	PA: 120	x 120
HGT:	mg/Di	HGT:	mg/DI	HGT:	mg/DI
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml

401

卷之三

卷之三

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131937489450000033831168>
Número do documento: 2010131937489450000033831168

Num. 35410747 - Pág. 29



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANUÁRY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA



四庫全書

915

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Paciente: Cháubio Vilela Souza Diagnóstico:
Selor/Enfermaria: 15: Leito: 24 Data: 26/10/09 -

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

1.	7:00	09:00	11:00	13:00	15:00	17:00	19:00	21:00	23:00
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									

SINAIS VITAIS									
06:00 h					12:00 h				
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C
R:	ipm	SpO ₂ :	%	R:	ipm	SpO ₂ :	%	R:	ipm
PA:	x 117	mmHg	PA: 130	x 130	mmHg	PA: 130	x 130	PA: 120	x 80
HGT:	mg/Dl		HGT:	mg/Dl		HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl
Diurese:	ml		Diurese:	ml		Diurese:	ml	Diurese:	ml

Edna Lira de Oliveira
Enfermeira
COREN-PA 509.304

Edna Lira de Oliveira
Enfermeira
COREN-PA 509.304





COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDIÚRY CARNEIRO
ESTADO DA PARÁBA
SUS

Chronic Urante

Paciente: Chronic Urante Diagnóstico: Urgência
Setor/Enfermaria: Urgência Leito: 04 Data: 10/10/2020

INTERRORRÊNCIA DAS 24 HORAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERRORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1. Diagnóstico		07:00	12:00	12:00	12:00
2.		08:00	13:00	13:00	13:00
3. Sintomas		09:00	14:00	14:00	14:00
4.		10:00	15:00	15:00	15:00
5. Duração das crises	06 horas	11:00	16:00	16:00	16:00
6.		12:00	17:00	17:00	17:00
7. Coração batendo forte	08:00	13:00	18:00	18:00	18:00
8.		14:00	19:00	19:00	19:00
9. Dor de cabeça e coceira (urina)	09:00	14:00	19:00	19:00	19:00
10.		15:00	20:00	20:00	20:00
11.		16:00	21:00	21:00	21:00
12.		17:00	22:00	22:00	22:00
13.		18:00	23:00	23:00	23:00
14.		19:00	00:00	00:00	00:00
15.		20:00	01:00	01:00	01:00
16.		21:00	02:00	02:00	02:00
17.		22:00	03:00	03:00	03:00
18.		23:00	04:00	04:00	04:00
19.		00:00	05:00	05:00	05:00
20.		01:00	06:00	06:00	06:00
21.		02:00	07:00	07:00	07:00
22.		03:00	08:00	08:00	08:00
23.		04:00	09:00	09:00	09:00

SINAIS VITais		12:00 h		18:00 h		24:00 h 22:00	
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	bpm	SpO ₂ :	%	R:	bpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	x	mmHg	PA:	mmHg	mmHg
HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml

Josefa Alves de Souza e Oliveira
COREN-PB 1951147-16





COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUÍ KARNEIRO
ESTADO DA PARÁBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

Paciente: Cláudia Vicent Diagnóstico:
Setor/Enfermaria: AV Lelito: 04 Data: 02/06/18 - : :

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Diagnóstico:

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

HORÁRIOS

1.	<u>08:00</u>	<u>12:00</u>	<u>16:00</u>	<u>20:00</u>
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

SINAIS VITAIS

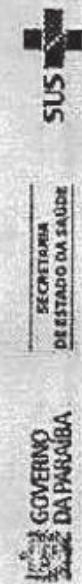
08:00 h				12:00 h				16:00 h				20:00 h				24:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	R:	SpO ₂ :	SpO ₂ :	P:	bpm			
R:	SpO ₂ :	%	bpm	SpO ₂ :	%	R:	bpm	SpO ₂ :	%	R:	bpm	R:	SpO ₂ :	SpO ₂ :	P:	bpm			
PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg	PA:	mmHg		
HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl		
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml		

Visita Médica: Data: 1 / 1 - : 1





Paciente: Blanchei Thicente



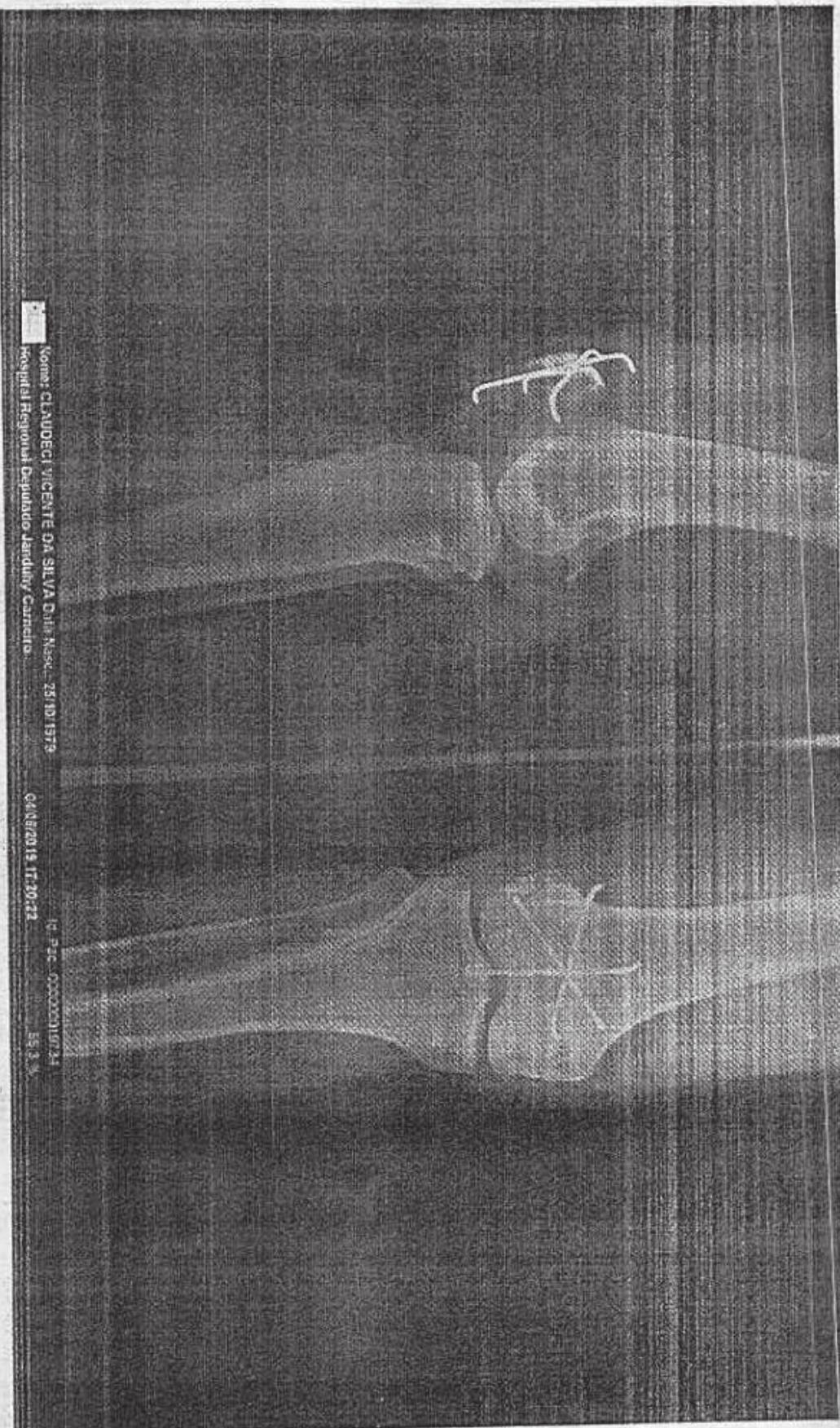
Diagnóstico:

Setor/Externação: 15 Letra: 04 Data: 03/06/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1. <u>Dia 10</u>	<u>IV Dz</u>			<u>De 14h00 a 18h00</u>	
2.				<u>Até 14h00m</u>	
3. <u>Scop</u>				<u>fo em bds evitado</u>	
4.					
5. <u>Ufivexona 1000</u>	<u>20m</u>				
6. <u>Diprone 200</u>	<u>600</u>				
7. <u>Titacil 20</u>	<u>1212h</u>				
8.					
9. <u>Trom 100</u>	<u>0100h</u>	<u>30</u>		<u>Ca. Vp/ur</u>	
10. <u>C. C. 50</u>				<u>Medo cognitivo</u>	
11. <u>SS 500</u>					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					

SINAIS VITIAIS

06:00h		12:00h		18:00h		24:00h	
Tax: <u>36</u> °C	P: <u>10pm</u>	Tax: <u>36</u> °C	P: <u>10pm</u>	Tax: <u>36</u> °C	P: <u>10pm</u>	Tax: <u>36</u> °C	P: <u>10pm</u>
R: <u>100</u>	Spo ₂ : <u>94</u>	R: <u>100</u>	Spo ₂ : <u>96</u>	R: <u>100</u>	Spo ₂ : <u>96</u>	R: <u>100</u>	Spo ₂ : <u>96</u>
Pa: <u>110</u> x <u>70</u>	mmHg	Pa: <u>110</u> x <u>70</u>	mmHg	Pa: <u>110</u> x <u>70</u>	mmHg	Pa: <u>100</u> x <u>70</u>	mmHg
HGT: <u>100</u>	mmHg	HGT: <u>100</u>	mmHg	HGT: <u>100</u>	mmHg	HGT: <u>100</u>	mmHg
Diaspe: <u>00</u>		Diaspe: <u>00</u>		Diaspe: <u>00</u>		Diaspe: <u>00</u>	
Audiometria: <u>123.723</u>		Eletrocardiograma: <u>123.723</u>		Ecografia: <u>123.723</u>		Tomografia: <u>123.723</u>	



1504

Nome: CLAUDIO VICENTE DA SILVA Data Nasc.: 25/10/1973
Resposta Relatório Deputado Janduhy Carneiro

04/06/2019 17:20:32

IP: 92.100.100.107.24
ES: 3

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

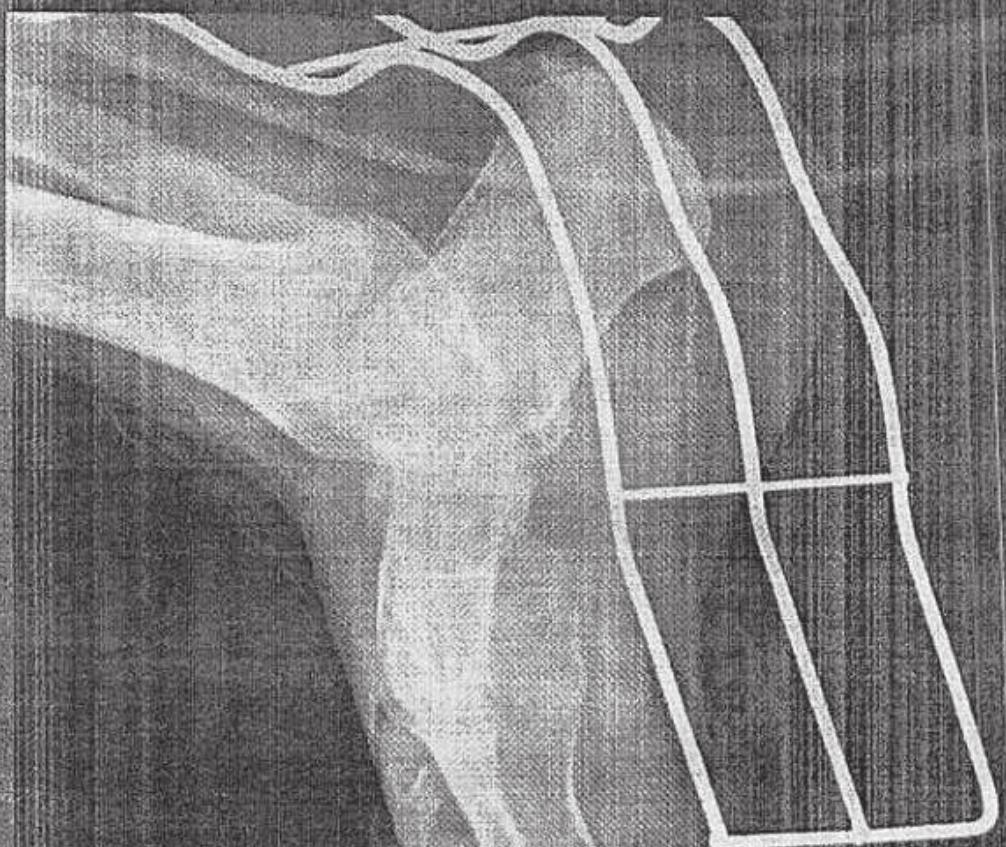
7

8

9

<

Hospital Regional Deputado Jandhy Carneiro
25/05/2010 15:12:20
00,3 %
Nome: CLAUDIO VICENTE DA SILVA Data Nasc.: 25/10/1979
Id Pág: 0000001974



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	45352	PRONTUÁRIO	25829
DATA	25/05/2019	OPERADOR	MMATA
MÉDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA		
PACIENTE	CLAUDECI VICENTE DA SILVA	IDADE	39a 7m

RESUMO CLÍNICO:

Vítims oriente e fala

DIAGNÓSTICO: Fratura Hux ② 5924

CID-10: Fratura exposta Ponto ② (582.0)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Fixo interno a Ponto

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Perdeu clareza de mente

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

ambulância ORTOP

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para

PATOS/PB, 21 DE 06 DE 2019.

José H. Bessa Jr.
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 2124

MEDICO/CRM



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Numero 36085

Send COPIES to



ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Claudio: levantou do colo.

Loc. Nasc. Itapemirim Est. ES Data 25/10/1993
Filiação MED. M. P. DA CRUZ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
Doc. N° CHN 50134 50 N. 0-05

ESTRANGEIROS

Checada no Brasil em / / Doc. Ident. N°

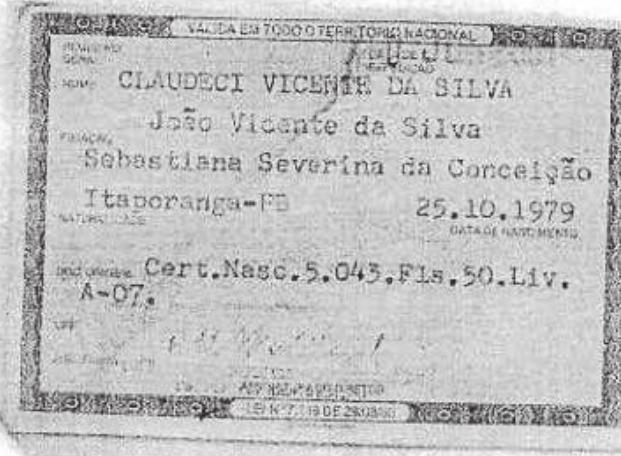
EX-001 / / Estado

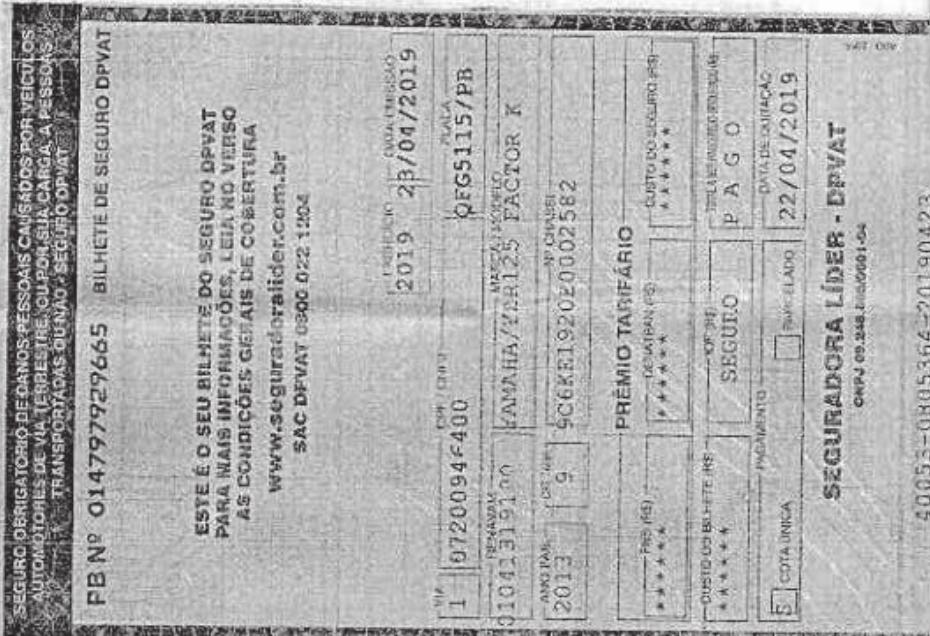
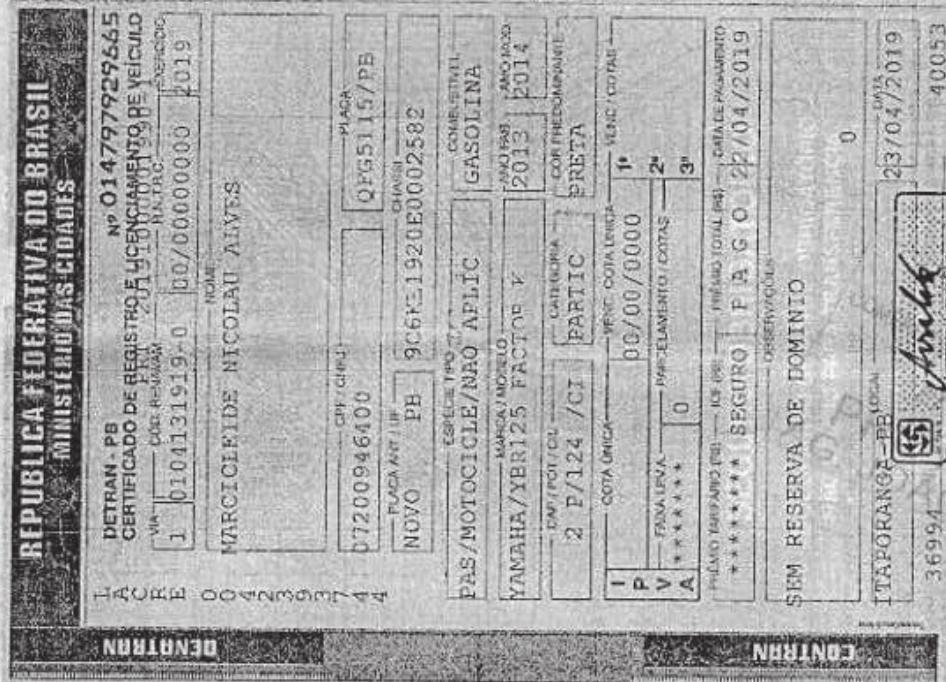
Obs.: _____

Programa Tomás da Silveira Honório

Exhibit 9 CIPS

Assinatura do Funcionário





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 42



COMPREHENSIVE
COMPUTER
SECURITY

22-634



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 43



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.384.421	DATA DE EXPEDIÇÃO	29/01/2016
NOME			
MATHEUS PEDRO DA SILVA			
FILIAÇÃO			
MARCOS PEDRO DA SILVA JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
ITAPORANGA-PB	01/06/1999		
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. N°5.051 - LIVA-07 - FLS.118 - CARTÓRIO BOA VENTURA PB			
705.479.524-57			
Data de validade: 29/06/68			
Selo: Cidadão e Cidadã			



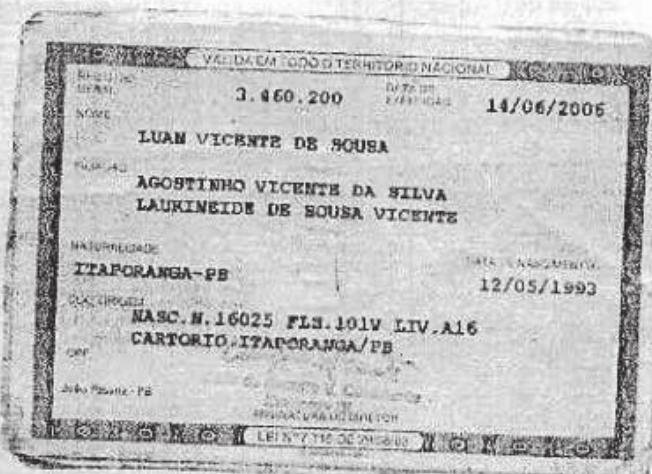
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
 Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 45



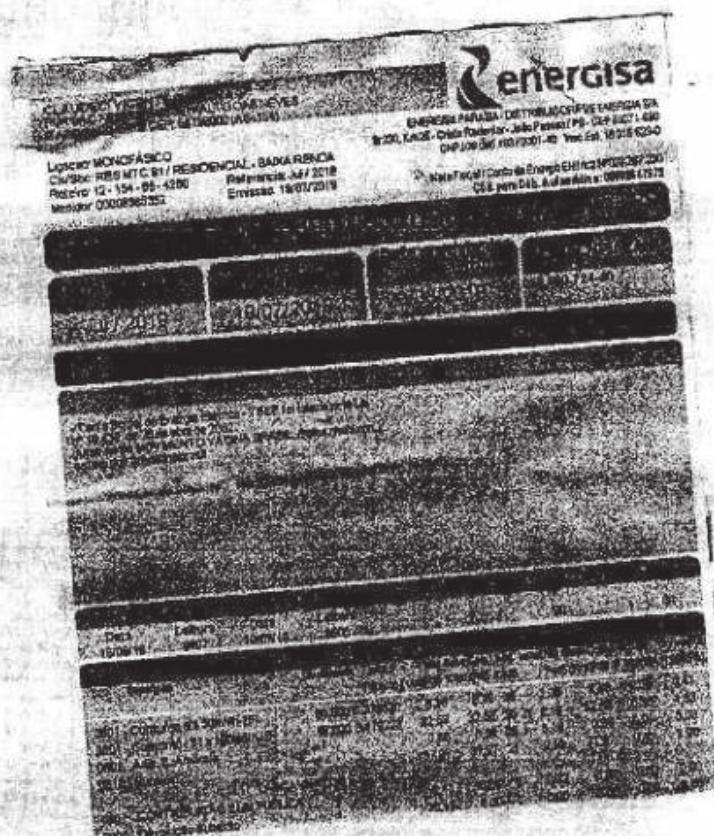
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Núm. 35410747 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 47



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Cláuderi Vicente da Silva
RG: 36085 561 000 26 P B Orgão Emissor: _____ CPF: 055 980 724 40
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: agricultor
Endereço: Rua São Francisco Nº 391
Bairro: Alto dos Neves Cep: 58780 000 Cidade/UF: Itaporanga
Telefone: (83) 99616835 (83) 99947520 () _____

OUTORGADO:

Nome: Wilson Rodrigues dos Santos
RG: 5652 161 Orgão Emissor: _____ CPF: 039 042 769 09
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado Profissão: funcionário
Endereço: Rua Jardim Figueirinha Nº 22
Bairro: Centro Cep: 58780 000 Cidade/UF: Itaporanga
Telefone: (83) 987616835 (83) 99947520 () _____

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

Vítima: Cláuderi Vicente da Silva CPF: 055 980 724 40
Data do Acidente: 29/10/2019 Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Por não ser alfabetizado (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: José da Silva Júnior
RG: 360 85 561 000 26 Orgão Emissor: _____ CPF: 114 048 624 12
Endereço: Rua São Francisco Nº 55
Bairro: Alto das Neves Cep: 58780 000 Cidade/UF: Itaporanga
** Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Itaporanga 29/02/2019
Local e Data

X José da Silva Júnior
Assinante à Rogo

Cartório
1º Ofício



Testemunha 1:

Mathias Pedro da Silva
CPF: 705 429 524 57
Local e Data: Itaporanga 29/02/2019

Cartório
1º Ofício

Testemunha 2:

Duan Vicent da Silva
CPF: 113 351 084 16
Local e Data: Itaporanga 30/02/2019

Cartório
1º Ofício





SERVICO NOTARIAL E FEGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTORIO DO FEGISTICO DE NOTAS

Av. Getulio Vargas, 35 - Centro - Taperoa/PB
Fone: (83) 3214-0101 - Email: cartoriojbs@bol.com.br
Tutor: ALBERTO BARROS DA SILVA

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSE DA SILVA JUNIOR.
Taperoa/PB, 29 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custodio *Rodrigues*
Selo Digital: AKB6836-D7LQ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.us.br>
Emol. R\$ 0,51 - FEPJ R\$ 2,38 FARFEN R\$ 0,29



SERVICO NOTARIAL E FEGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTORIO DO FEGISTICO DE NOTAS

Av. Getulio Vargas, 35 - Centro - Taperoa/PB
Fone: (83) 3214-0101 - Email: cartoriojbs@bol.com.br
Tutor: ALBERTO BARROS DA SILVA

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MATHEUS PEDRO DA SILVA.
Taperoa/PB, 29 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custodio *Rodrigues*
Selo Digital: AKB6837-UYC2
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.us.br>
Emol. R\$ 0,51 - FEPJ R\$ 2,38 FARFEN R\$ 0,29



SERVICO NOTARIAL E FEGISTRAL
JOSE BARROS SOBRINHO
CARTORIO DO FEGISTICO DE NOTAS

Av. Getulio Vargas, 35 - Centro - Taperoa/PB
Fone: (83) 3214-0101 - Email: cartoriojbs@bol.com.br
Tutor: ALBERTO BARROS DA SILVA

RECONHECIMENTO

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de LUCAS VINCENTE DE SOLSA.
Taperoa/PB, 30 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custodio *Rodrigues*
Selo Digital: AKB6855-BEAO
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.us.br>
Emol. R\$ 0,51 - FEPJ R\$ 2,38 FARFEN R\$ 0,29



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289375/19

Número do Sinistro: 3190493534

Vítima: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

CPF: 055.980.724-40

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>
Número do documento: 20101319374894500000033831168

Num. 35410747 - Pág. 51