



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
35410747	13/10/2020 19:37	<a href="#">2757592_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14911969

Pag. 01417/01418 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





## 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: 055 980 224 40 3 - CPF da vítima: 055 980 224 40 4 - Nome completo da vítima: Claudete Vicente da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Vicente da Silva 6 - CPF: 055 980 224 40  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua São Francisco 9 - Número: 391 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: São das Xeneas 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: P.R. 14 - CEP: 58.730-000  
15 - E-mail: neiba.moreira@hotmail.com 33 984686835 16 - Tel (DDD): 999 4215 20 74

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\$1.00 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: 3571 CONTA: 244 54 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 assinatura (se houver)? ☐ 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 LIDER pagará, caso ocorra, 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José da Silva Junior  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 114 048 624-12  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: X José da Silva Junior

38 - 1ª Nome: Antônio Pedro da Silva CPF: 705 429 524-58  
Assinatura da testemunha: X Antônio Pedro da Silva  
39 - 2ª Nome: Juan Vicente da Souza CPF: 113 351 084-16  
Assinatura da testemunha: X Juan Vicente da Souza

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COE 001 V002/2019







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



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 1185 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

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

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

Notificante/Vítima:

CLAUDECI VICENTE DA SILVA, brasileiro, natural de Itaperanga-PB, solteiro, agricultor, nascido no dia 25.10.1979, filho de João Vicente da Silva e Sebastiana Severina da Conceição, portador de RG nº. e CPF 055.980.724-40, residente na R. São Francisco nº.391 no Bairro Aldo das Neves Itaperanga-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 SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
22 ABR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

Itaperanga, Pb, 16 / Agosto / 2019.

Notificante/Vítima: X

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues  
Esc. Policial - 2019





## 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: 055 980 224 40 3 - CPF da vítima: 055 980 224 40 4 - Nome completo da vítima: Claudete Vicente da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Vicente da Silva 6 - CPF: 055 980 224 40  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Rua São Francisco 9 - Número: 391 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: São das Xeneas 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: P.R. 14 - CEP: 88.730-000  
15 - E-mail: neiba.moreira@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 999 4215 20 74

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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: 3571 CONTA: 244 54 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 assinatura (se houver)? ☐ 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 LIDER pagará, caso ocorra, 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

TESTEMUNHAS

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José da Silva Júnior

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 114 048 624-12

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: X José da Silva Júnior

38 - 1ª Nome: Antônio Pedro da Silva CPF: 705 429 524-52

X Antônio Pedro da Silva Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Juan Vicente da Souza CPF: 113 351 084-16

X Juan Vicente da Souza Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

X

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

COE 001 V002/2019



## 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 físico:** 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 INTENSA DA MOBILIDADE E DEFICIT 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 INTENSA DA MOBILIDADE E DEFICIT 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?**

[ **X** ] 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)?**

[ **X** ] 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  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 ( X ) 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  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CBO 3611  
TEND 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB







PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU - 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR. USA-03

IDENTIFICACION OCORRENCIA

25/05/2019	ID: 228	Paciente: Gonçalo Pereira da Silva	Idade: 38 anos	Sexo: FEM
Estação: Estação de Sítio Cantinho	Beirto: Zona Rural	Medico Regulador: Dr. Nivaldo	PRM 25MASH	
Apelido Local: PA Resgate/Bombeiro	Resgate PRF	CPTRAN	STRANS	

QTA: Segundo por Terceiros: Recusou Atendimento Socorro pelo Bombeiros Local não encontrado: Outro

Acidente de Trânsito	Pediatríco	Sinais e Sintomas:
Assessor	Pneumológico	Anamnese:
Clínico	Quase Afogamento, Afogamento	Mutação:
Desembarque	Queimaduras	Prontidão Médica:
Electrocardiograma	Queda	Líquidos e Alimentos ingeridos:
E.A.R.	Queda	Ambiente onde ocorreu o trauma:
E.C.G.	Queda	
EXAME FÍSICO	Gineco-Obstétrico	

## EXAME FÍSICO

☐ Pálido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico ☐ Pilo Fria ☐ Pilo Umida ☐ Isocórico ☒ Anisocórico ☐ Miótica ☐ Dor  
☐ Mucosa ☐ Dispnico ☐ Taquipnéia ☐ Hematemese ☐ Hemoptise ☐ TCE ☐ TRM ☐ ~~PCF~~ ☐ C/Contusão ☐ PCR

**Endereço de Fomento e Local:**

Questões Principais do PACIENTE:

Accidente de motocicleta

Transferencia/Destino:

Local: CHRP

**Stamps & Notes:**

Responsável: Guilherme P. T. Silva 12.2.16

Obstruída: Respiração:  $< 30$  im/m ☒ Sítio Periférico Capilar: Retardada ☒ Normal

P.A. 120x80 mmHg FC: 60 bpm FR: - bpm SpO<sub>2</sub>: 99 % T<sub>g</sub>: - Glicemia Capilar: - reg/di Coma: -

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
Métodos de Enfermagem

**Medicamentos de Enfermagem:**

Ansiidade	Capacidade Adaptativa	Intraconsciente	Comunicação Verbal Prejudicada	Confusão Aguda	Dormbulação Prejudicada
Índice de Diniçãda	Desobstrução Ineficaz das VVAA	Diurese Autônoma		Dor Aguda	Hipertermia --- Hipotermia
Integridade de Pele Prejudicada	Integridade Tissular Prejudicada	Medo	Intolerância à Atividade		Mucosa Oral Prejudicada --- Padrão
Respiratório Ineficaz	Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	Perfusão Tissular	Cardiopulmonar Ineficaz		Perfusão Tissular Gastrointestinal
Ineficaz	Perfusão Tissular Renal Ineficaz	Termooregulação Ineficaz	Excreção de Gases Prejudicada		Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume dos Líquidos Deficientes	Volume Excessivo de Líquidos	Náuseas	Retenção Urinária		Percussão Suncorial Perturbada
Interação Social Prejudica	Incontinência Intestinal	Eliminação Urinária Prejudicada	Constipação		Ondas

**Hyperextension**

HIV + SSV + Tmopm micromamentosa + Imobilização conforme protocolo.

uma vítima de violência sexual, com um poço e dois machos. A vítima está com a cabeça de cabeça para baixo e os braços estendidos para cima. A vítima está com a cabeça de cabeça para baixo e os braços estendidos para cima.

Identificação da Equipe:

Endereço: Rua ...  
 Informar (at): ...  
 C.E. De Nascimento: ...  
 COREN: ...

Autor: Wilton 349233  
 Acampamento: Diogo da Silva Pereira  
Acampamento  
COOPNIPB 349233

Linhas de atendimento	Recursos atendimento	Abito no local	Abito durante o atendimento	Abito durante o transito





Recusa:

Nome:

Assinatura:

RG/CPF:

Terapêutica/ Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemédico):

Evolução Clínica:

Paciente vítima de acidente automobilístico (motorista). Apresentando fraturas de patela nos M.I.D. e fratura exposta de costela hemitórax esquerda, com retração da mão e do braço.

Diagnóstico Médico: Fratura exposta do M.I.D.

Procedimentos Realizados: Desobstrução vias aéreas - Intubação Naso Orotrqueal - Cânula Orotrqueal - Cricotirideotomia - Ventilação Mecânica (Manual) - Respirador - Inalação de Oxigênio O<sub>2</sub> - 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)

Ceftriaxona 1g + AD (R.V.)  
Soro R.D. 500 ml (manutenção)  
Branco 0.9% NaCl + 250 ml de SF 0.9% (E.V.)

Exame Gineco-Obstétrico: =

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Normal

#### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIAVEL	VALORES
Abertura dos olhos	4 3 2 1
Resposta verbal	5 4 3 2 1
Resposta motora	6 5 4 3 2 1
TOTAL MÁXIMO	15
TOTAL OBTIDO	
GRAU	

#### EXTENSÃO DE QUEMADURAS CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL

ADULTO



CRIANÇA



#### QUANTO MAIS PROFUNDO O FERVIMENTO, MAIOR O GRAU

Quanto mais profundo o ferimento, maior o grau de queimadura. O grau de queimadura é determinado pelo grau de profundidade do ferimento.



$$N^{\circ} \text{ gotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)} \times 3}$$

$$N^{\circ} \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$

# 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





# 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



**energisa**

CLAUDSON VICENTE DA SILVA  
RUA SUCUPIRA, 600-231 - ALTO DAS FÉVES  
ITAPERANGA/MS CEP: 55700-000 (AO 154)

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 25 - Zona Rústica - PO - CEP 14071-100  
CNPJ 06.995.734/40 - Insc. Est. 14.056.522-4

Linha 1 MONOFÁSICO  
Cidade: RGS NTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA REINHA  
Referência: Jul/2019  
Medidor: 02028355302

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196  
Data prevista da próxima leitura: 20/08/2019  
CPF/CNPJ/RANI: 066.990.734-40  
5/264797-2

Conta referente a: Jul/2019  
Apresentação: 19/07/2019

UC (Unidade Consumidora): 5/264797-2

Canal de contato  
- Tanta Saúde de Energia Elétrica - TSEE (a energia de Luz)  
R. 10.436 - 22 de Maio de 2002  
Jornal de MACHADO VACCA BRASIL - Duta mais em  
30096-000/2019vacca

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/07/19	8637	19/07/19	8905	
<b>Demonstrativo</b>				
Qtd. Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Total
0501 Consumo de 30 kWh	30,000 0,27850	8,35	2,36	2,36
0601 Consumo - 31 a 100 kWh	80,000 0,41500	33,20	2,68	2,68
0601 Adic. 3.ª Tarifa		0,58	0,58	0,58
0512 Bônus		97,87	97,87	97,87
<b>LANÇAMENTOS E DEDUÇÕES</b>				
0801 CONTRIBUIÇÃO LULA PÚBLICA		0,43	0,00	0,00
0906 Dedução Saneamento		30,17	0,00	0,00

COMPREV  
22 ABR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ovidória: 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/81BLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Suelio Rodrigues dos Santos

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

Clauberici Vicente da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.980.224 / 40

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.980.224 / 40, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Euríclio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itapetininga</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail: <u>seu.marcos@brtmail.com</u>	CEP: <u>13.240-000</u>	Tel.(DDD): <u>999471320</u>

Local e Data: Itapetininga 21/08/2019

Suelio Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO  
21 ABR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

DLRL.001 V001/2017



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





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

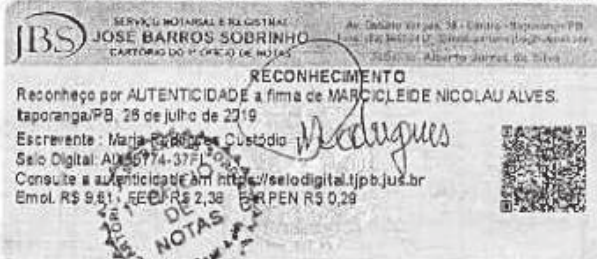
Eu, Marcicleide Nicolau Alves  
RG nº 1908149, data de expedição 19/07/1993  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 072.009.464-00,  
com domicílio na cidade de Tapoanga no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
São Francisco I Bairro, Rodovia Entero, nº 391,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
claudesi Vicente da Silva, cujo condutor era  
o mesmo  
Veículo: moto Modelo: Yamaha/XBR 125 Fazer Ano: 2013/2014  
Placa: DFG 5440 PB Chassi: 9CB KE1920E0002582  
Data do Acidente: 25/05/2019

Local e Data: Tapoanga 26/07/2019

x Marcicleide Nicolau Alves.

Assinatura do Declarante

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



COMPREI  
22 Abr. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSÓ

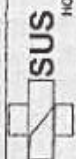


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319374894500000033831168>

Número do documento: 20101319374894500000033831168





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CNPJ: 08.778.268/0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: CLAUDECI VICENTE DA SILVA

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 25/10/1979 Idade: 39 anos(mês(es) de idade dias) de idade Sexo: M

Mãe: SEBASTIAO SEVERINA DA CONCEIÇÃO

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA SAO JOAO

Bairro: ALTO DAS NEVES

Município/UF - CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (83) 9979-8388

CADASTRO 369036

Data e Hora da impressão da ficha: 25/05/2019 12:01:52

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente foi trazido pelo Smmu com história

de acidente motociclistico, apresentando provavel

fratura em Joelho e lesão costal contusa em

pe direito

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: [Assinatura]

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Realizado Assessoria e Logo em Segunda Referenciado

2. po HEP

3.

4.

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO  
02 - URGÊNCIA Hora de atendimento do paciente pelo médico:  
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Fratura em Joelho Direito

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1- | | | | | | | | | |

2- | | | | | | | | | |

3- | | | | | | | | | |

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S):

Dr. Begua Carvalho

CBO

MÉDICO - CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

7- Luam Vicent de Souza

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO





FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	45352	PRECATUÁRIO	25028
DATA	25/05/2019	HORA	16:17
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	NNAIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	OUTRA INSTITUICAO DE SAUDE		
MEDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	CLAUDECI VICENTE DA SILVA	IDADE	39a 7m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	SEBASTIANA SEVERINA DA CONCEICAO		
FILIAÇÃO II	JOAO VICENTE DA SILVA		
CIDADE	ITAPORANGA	UF	PB
DECRETO	RUA SAO JOAO 391		
BAIRRO	ALTO DAS NEVES		
NATURALIDADE	ITAPORANGA		
TELEFONE		CELULAR	3399551419
C.N.S.	160720667560027	IDENTIDADE	
C.P.F.	055.980.724-40	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/10/1979	COR	PARDO
EST. CIVIL	UNIAO ESTA.	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL CLAUDECI VICENTE DA SILVA, Resp. Paciente

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

*Do trauma a dor no tornozelo, dor no  
pé esquerdo e braço*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame das diversas aparelhos).

*Ferimento extenso no dorso com supuração  
na patela comitiva*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, Laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura exposta do Tornozelo* 582.0  
*ferido Haux* 592.4

DADOS DA SAÍDA

Data *02.06.19* Hora *12* H *00* Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

ANTONIO IVANES DE LACERDA  
Médico Especialista em Ortopedia  
CRM-PB 20752

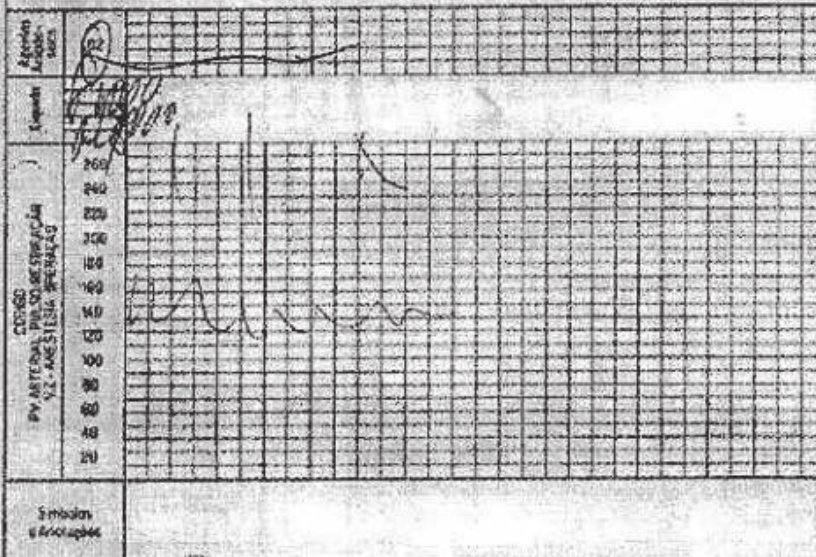




# FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 25.5.19

Nome: CLAUDECI VIGENTE DA SILVA  
Sexo: ☒ Feminino ☒ Masculino Idade: 39 Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Pressão Arterial Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
Urina: \_\_\_\_\_  
Aparelho Respiratório: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_  
Aparelho Circulatório: \_\_\_\_\_ Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_  
Aparelho Digestivo: \_\_\_\_\_ Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_  
Estado Mental: OK Anestésicos: \_\_\_\_\_ Corticoides: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensores: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pré Operatório: ANESTESIA GERAL Estado físico: \_\_\_\_\_ Risco: \_\_\_\_\_  
Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_  
Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeitos: \_\_\_\_\_



**INDUÇÃO**  
Satisf. \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_ Tosse \_\_\_\_\_  
Laringe Espasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_  
**MANUTENÇÃO**  
Anestesia Satisf. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Não, porque? \_\_\_\_\_  
**DESPERTAR**  
Reflexos no S.O. \_\_\_\_\_  
Obstr. \_\_\_\_\_ CO2 \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_  
Com cânula para o leito sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Posição: \_\_\_\_\_  
Agentes: Propofol / S2 + Rimadol / Opióide  
Técnica: \_\_\_\_\_ Operação: Completa  
Cirurgião: Torres Anestesiologista: Reu T. C.  
Observações: \_\_\_\_\_





PACIENTE: Claudio Vicente da Silva  
 ID: 390 REGISTRO: 25029  
 CIRURGIÃO: Dr. Opeta de Azevedo & Dr. Romário da Silva  
 ANESTESISTA: Dr. René  
 INSTRUMENTADOR: George DATA: 25.05.2019 INÍCIO: 17:00 FIM: 18:15  
 GOVERNO DA PARAÍBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Sala	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
<input checked="" type="checkbox"/>	Neocain <u>Insuficiente</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Holotano	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparrapado
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
<input checked="" type="checkbox"/>	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
<input checked="" type="checkbox"/>	<del>Sufenta</del> <u>Opioide 2g</u>		Vaselina Estéril
	Diazepam	<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Agua destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	<del>Penicilina</del> <u>Clindamicina</u>		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Distal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	<del>Penicilina</del> <u>antidoto</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Diplrona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbate 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<del>Prolene 3-0 c/ agulha</del> <u>Clindamicina</u>
	Prolene 0 c/ agulha	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Ureter 2-0</u>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Ureter 1-0</u>





## FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Enfermário: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 03 / 06 / 19

Nome: Cláudia Vieira da Silva  
Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: 39a Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: 25 / 10 / 1979 Pressão Arterial Pulso: 120 x 70 mmHg Respiração: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticos: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
Urina: \_\_\_\_\_  
Aparelho Respiratório: NBU Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_  
Aparelho Circulatório: NBU Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_  
Aparelho Digestivo: NBU Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_  
Estado Mental: Consciente Alérgicos: \_\_\_\_\_ Corticóides: \_\_\_\_\_ Alergia: Nega Hipotensores: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pré Operatório: Fratura exposta de patela Estado Físico: ASA I Risco: \_\_\_\_\_  
Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_  
Medicação Pré-Anestésica: 1000 11P Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_

Resposta a Anestesia	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Indução																			
Satisf																			
Excit																			
Tosse																			
Laring Espasmo																			
Náuseas																			
Vômitos																			
Outros																			
Manutenção																			
Anestesia Satisf. Sim																			
Não, porque?																			
Despertar																			
Reflexos na SO																			
Obstr.																			
Excit																			
Náuseas																			
Vômitos																			
Outros																			
Com cânula																			
para o feito sim																			
não																			

Posição: Decúbito dorsal  
Agentes: Hexaina sintética + Dimaft + Fijidina Cânula: \_\_\_\_\_  
Técnica: Raqueb. P. 15-16 kg 25 Operação: Osteossíntese de fratura de patela  
Cirurgião: Dr. Galvão Anestesista: Dr. Tasso  
Observações: \_\_\_\_\_





**Cláudio Vicente da Silva**

LEITO: 15      CONVÊNIO: 04      SUS      IDADE: 39 a      REGISTRO: 25029

PROcedimento: Tiro Cirúrgico da Pálida      ORUGIAO: Sandencio

ANESTESIA: Tórax

INSTRUMENTAÇÃO: Raciari      DATA: 04/06/19      INICIO: 10:30      FIM:

**GOVERNO DA PARAIBA**

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	2	Espandropo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	2	Alcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPI Tintura
1	Dimorf	2	Gases
	Lanexol 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sulenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dintel		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espano 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Rique Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 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	1	nylon 2





Nome do Paciente: <i>Cláudio V. de S. Silva</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>25/05/10</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Guarner</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura cominutiva do pé direito</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Cur. abto. para a colocação de placa e parafusos</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório:		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

*8:45 as 14:00 - procedimento*

- *anestesia + antibioticoprofilaxia - procedimento específico*
- *paciente exposto na mesa operatória, com*
- *exposição adequada da região operatória*
- *Realizada a lavagem da pele com solução antisséptica*
- *3 F. de insuflação e colocação de fio de sutura nos*
- *parafusos de fixação e pontos de*
- *sutura por técnica americana*
- *Procedimento finalizado com curativo na região*
- *curativo e alta hospitalar.*

### RELATÓRIO DE CIRURGIA





Paciente: Paula Lima  
Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04

Diagnóstico:  
Data: 07/05/19

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPARTAMENTO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DO ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Prescrição Médica	HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS
		06:00 h	18:00 h	
1.	<u>Doze line</u>			
2.	<u>3.0pt, 1000 ml (R)</u>			<u>500ml, 1000, 1000</u>
3.				<u>per day</u>
4.				<u>es: opa</u>
5.	<u>Chlorzelen 4 ml (R) 8/18 h</u>			
6.				
7.	<u>Benzturine 80mg + 100ml 5/18 h (R) 8/18 h</u>			
8.				
9.	<u>Melbrow 300g 800g (R) 8/18 h</u>			
10.				
11.	<u>Diluvon 4 ml (R) 6/18 h</u>			
12.				
13.	<u>100ml 100ml + 100ml 5/18 h (R) 8/18 h</u>			
14.				
15.	<u>Naclon 100ml (R) 8/18 h</u>			
16.				
17.	<u>Shurua</u>			
18.				
19.	<u>Dr. Suelio Moreira</u>			
20.	<u>Ortopedia Traumatologia</u>			
21.	<u>CHAMAR 0151 COMISSÃO</u>			
22.				
23.				

SINAIS VITAIS				Visita Médica: Data: / / : h			
06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h				
Tax: 36.3°C	Tax: 36.4°C	Tax: 36.4°C	Tax: 36.3°C	P:	P:	P:	P:
R: 150	R: 140	R: 120	R: 120	bpm	bpm	bpm	bpm
SpO2: 90	SpO2: 90	SpO2: 80	SpO2: 80	%	%	%	%
PA: 140 x 70	PA: 140 x 70	PA: 120 x 80	PA: 120 x 80	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
HGT: 140	HGT: 140	HGT: 140	HGT: 140	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
Diurese: 140	Diurese: 140	Diurese: 140	Diurese: 140	ml	ml	ml	ml





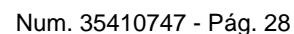
Assinatura e carimbo do enfermeiro

Assinatura e carimbo do técnico - NOTURNO

Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca, com tratamento medicamentoso em uso, apresentando sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com edema de membros inferiores e aumento de peso.

Assinatura e carimbo do técnico

Assinatura e carimbo do técnico







Paciente: Claudeci vicente Diagnóstico:   
Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04 Data: 20/09/19 :

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUARY CARNEIRO SECRETARIA DE GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE SUS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

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

Visita Médica: Data: / / - : h

SINAIS VITAIS

06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax: 36°C	P: 70 bpm	Tax: 36,4°C	P: 70 bpm	Tax: 37,4°C	P: 70 bpm	Tax: 37,4°C	P: 70 bpm
R: 120 x 40	SpO <sub>2</sub> : 90%	R: 120 x 40	SpO <sub>2</sub> : 90%	R: 120 x 40	SpO <sub>2</sub> : 90%	R: 120 x 40	SpO <sub>2</sub> : 90%
PA: 120 x 40	mmHg	PA: 120 x 40	mmHg	PA: 120 x 40	mmHg	PA: 120 x 40	mmHg
HGT: 120	mg/dl	HGT: 120	mg/dl	HGT: 120	mg/dl	HGT: 120	mg/dl
Diurese: 120	ml	Diurese: 120	ml	Diurese: 120	ml	Diurese: 120	ml

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:37:51



SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>W. paciente em sala de espera, apresentando sinais de desidratação, febre, dor abdominal, náusea e vômito.</p> <p>Realizado exame físico, com sinais vitais: T 38,5°C, FC 120 bpm, FR 20 rpm, PA 120/80 mmHg, SpO2 95%.</p> <p>Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos.</p> <p>Realizado exame de sangue, com resultados: hemoglobina 12 g/dL, hematócrito 36%, leucócitos 12.000/mm³, plaquetas 250.000/mm³.</p> <p>Realizado exame de fezes, com resultados: cor marrom, odor forte, pH 7,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos negativos.</p> <p>Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos.</p>	<p>Realizado exame físico, com sinais vitais: T 38,5°C, FC 120 bpm, FR 20 rpm, PA 120/80 mmHg, SpO2 95%.</p> <p>Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos.</p> <p>Realizado exame de sangue, com resultados: hemoglobina 12 g/dL, hematócrito 36%, leucócitos 12.000/mm³, plaquetas 250.000/mm³.</p> <p>Realizado exame de fezes, com resultados: cor marrom, odor forte, pH 7,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos negativos.</p> <p>Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos.</p>

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

Assinatura e carimbo do Enfermeiro

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO

ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO

O paciente foi admitido em sala de espera, apresentando sinais de desidratação, febre, dor abdominal, náusea e vômito. Realizado exame físico, com sinais vitais: T 38,5°C, FC 120 bpm, FR 20 rpm, PA 120/80 mmHg, SpO2 95%. Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos. Realizado exame de sangue, com resultados: hemoglobina 12 g/dL, hematócrito 36%, leucócitos 12.000/mm³, plaquetas 250.000/mm³. Realizado exame de fezes, com resultados: cor marrom, odor forte, pH 7,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos negativos. Realizado exame de urina, com resultados: cor amarela, odor forte, pH 5,0, glicose negativa, proteínas negativas, leucócitos positivos.

Assinatura e carimbo do Técnico

Assinatura e carimbo do Técnico





Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Data: 28/10/2019 - \_\_\_\_\_

## HORÁRIOS

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Visita Médica: Data: / / - : h
--------------------------------

## SINAIS VITAIS

[illegible]



Paciente: Chaves, Thelma Diagnóstico:  Data: 21/05/19 - :  
 Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04

COMPLEXO HOSPITALAR  
 REGIONAL PERUÍTO  
 JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
 DO ESTADO DA PARAÍBA

SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.	Diet. Lus				
2.					
3.	Salp				
4.					
5.	Ceftriaxona 1g + bolus 12/12h				
6.					
7.	Difeno 1g + 200 10/10h				
8.					
9.	Pessarium + bolus 12/12h				
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

*Thelma Chaves de Faria*  
 Enfermeira  
 CRV-2 1015

SINAIS VITAIS									
06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h			
Tax:	36.5°C	P:	70 bpm	Tax:	36.6°C	P:	70 bpm	Tax:	36.5°C
R:	120 x 80	SpO <sub>2</sub> :	90 %	R:	120 x 70	SpO <sub>2</sub> :	90 %	R:	120 x 80
PA:	120 x 80	mmHg		PA:	120 x 70	mmHg		PA:	120 x 80
HGT:		mg/dl		HGT:		mg/dl		HGT:	
Diurese:		ml		Diurese:		ml		Diurese:	

Thelma Chaves de Faria  
 Enfermeira  
 CRV-2 1015





Paciente: Cláudia Vieira da Silva Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Setor/Enfermaria: 15 Leito: 04 Data: 26/05/19 - \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

SINAIS VITAIS		12:00 h		13:00 h		14:00 h	
Tax:	37.2 °C	Tax:	37.2 °C	Tax:	37.2 °C	Tax:	37.2 °C
R:	130 bpm	R:	130 bpm	R:	130 bpm	R:	130 bpm
PA:	130 x 80 mmHg	PA:	130 x 80 mmHg	PA:	130 x 80 mmHg	PA:	130 x 80 mmHg
HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml

Edna Lira da Oliveira  
 Lc. Enfermeira  
 COREN-PB 609.304

Edna Lira da Oliveira  
 Lc. Enfermeira  
 COREN-PB 609.304



Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Data: 01/06/12 - \_\_\_\_

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

## HORÁRIOS

## PREScrição Médica

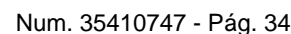
FACULDADE DE MEDICINA		HISTÓRICO		DATA	
1. Diagnóstico					
2.					
3. Sinais					
4.					
5. História da doença					
6.					
7. Exatidão da					
8.					
9. Prescrição + Tratamento					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

Visita Médica: Data: / / h

06:00 h				12:00 h				18:00 h				24:00 h			
SINAIS VITAIS															
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	lprpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	lprpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	lprpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	lprpm	SpO <sub>2</sub> :	%
PA:	x		mmHg	PA:	x		mmHg	PA:	110 x 80		mmHg	PA:	120 x 80		mmHg
HGT:			mg/Dl	HGT:			mg/Dl	HGT:			mg/Dl	HGT:			mg/Dl
Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml	Diurese:			ml

José A. Almeida de Sousa e Silva  
COREN-PB 195114-TE

COREN FRANKLIN







SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO  
DO PARÁ

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

Paciente: Clara Viana Diagnóstico:   
Setor/Enfermaria: 15 Leito: 024 Data: 02/06/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1. Dieta livre					
2. Sinais vitais					
3. Sinais vitais					
4. Sinais vitais					
5. Sinais vitais					
6. Sinais vitais					
7. Sinais vitais					
8. Sinais vitais					
9. Sinais vitais					
10. Sinais vitais					
11. Sinais vitais					
12. Sinais vitais					
13. Sinais vitais					
14. Sinais vitais					
15. Sinais vitais					
16. Sinais vitais					
17. Sinais vitais					
18. Sinais vitais					
19. Sinais vitais					
20. Sinais vitais					
21. Sinais vitais					
22. Sinais vitais					
23. Sinais vitais					

SINAIS VITAIS		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%	R:	irpm	SpO <sub>2</sub> :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl	HGT:	mg/dl
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml

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



Paciente: Claudio Tricente

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Setor/Externa: AS Leito: 04 Data: 03.06.19

PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS		
1	Dito Live					
2	scop-					
3						
4						
5	ceftriaxona 1 @ 1217h					
6						
7	Dipirona 2uf @ 616h					
8						
9	Tilatil 20x @ 12112h					
10						
11	Tiamp 12 @ 0107h 5h					
12						
13	C.C. 40					
14						
15	SS VU					
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

**SINAIS VITAIS**

08:00h			12:00h			18:00h		
Tac 36 °C	P: bpm		Tac 36 °C	P: bpm		Tac 36 °C	P: bpm	
R: bpm	SpO <sub>2</sub> : %		R: bpm	SpO <sub>2</sub> : %		R: bpm	SpO <sub>2</sub> : %	
PA: 110 x 70	mg/dl		PA: 120 x 70	mg/dl		PA: 100 x 70	mg/dl	
HGT: mg/dl			HGT: mg/dl			HGT: mg/dl		
Diurese: ml			Diurese: ml			Diurese: ml		

Assina L. S. 723

Assina L. S. 723





**KOMER: CLAUDECI VICENTE DA SILVA** Data Nasç.: 25.10.1973  
Hospital Regional Deputado Janduary Carneiro.

Q4108/2015\_17:20:22

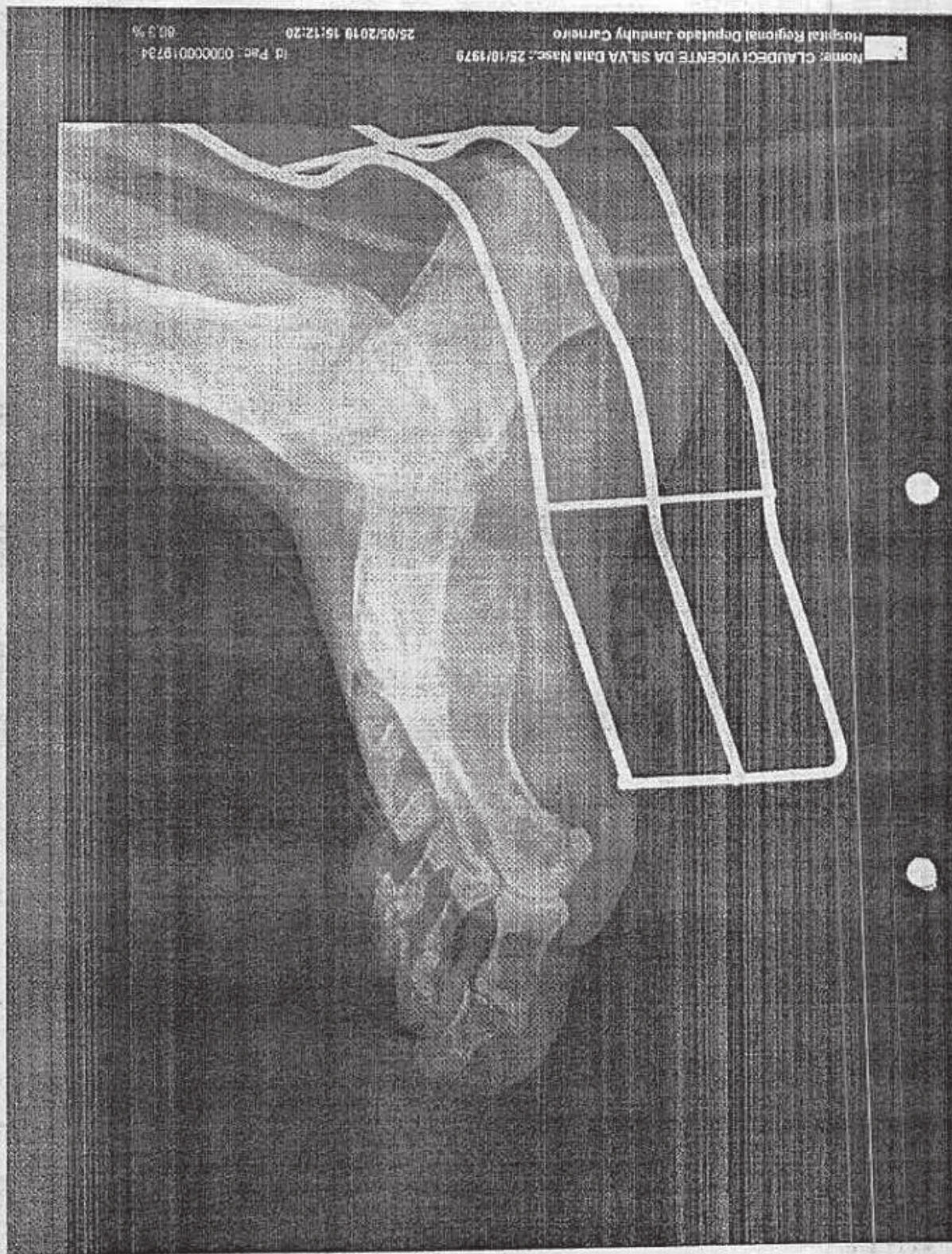
10-P2C-0260220150734

1997

1504









Num. 35410747 - Pág. 39





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 36055 Série 60076 PB



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL



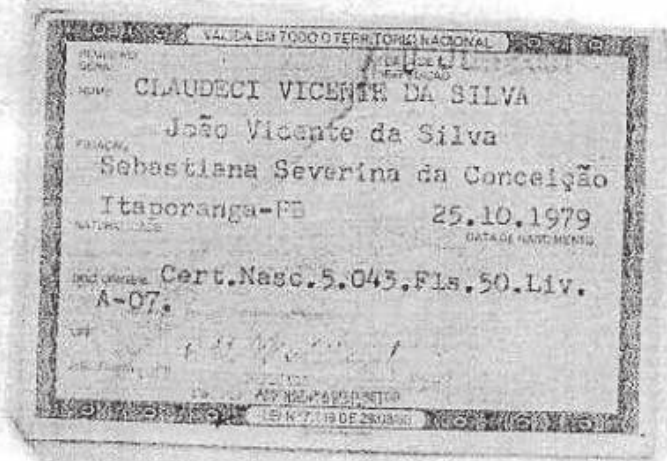
Nome Claudei Almeida da Silva  
Loc. Nasc. Itapetininga Est. SP Data 25/10/1949  
Filiação MÃE VERA DA SILVA  
Doc. N.º CN Nº 2.013.1350-00-1.01

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 17/05/201 DRT Itapetininga - SP  
Rocelma Tomás da Silva Honorio  
Fórmula de CIPSS  
Assinatura do Funcionário

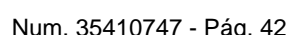






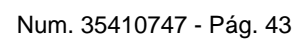


COMPRESO  
AGGIORNAMENTO SIA  
AGGI. 2019  
OCOLO  
O PESSOA

40055-0805364-20190423



COMPREV SECURITY DOCUMENTS  
22 JUL 2019  
PROTOS 100  
AG. JOÃO PESSOA









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.384.421 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/01/2018

NOME  
MATEUS PEDRO DA SILVA

FILIAÇÃO  
MARCOS PEDRO DA SILVA  
JUCIVANIA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 01/06/1999

DIGIT. ORIGEM  
CERT. NASC. Nº 5 051 - LMA-07 - FL. 118 - CARTÓRIO BOA VENTURA PB

705.479.524-57

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES em 29/01/2018 às 14:05:18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA DA DODOS PARAIBA  
INSTITUTO DA POLÍCIA CIVIL PARAIBA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-238

Mateus Pedro da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE





**energisa**

**CLAUDIVICENTE DA SILVA**  
RUA SCS PRINCEPO, 891 - ALTO DAS FÉVES  
STAD. CANAIA/PB CEP: 56190-000 (AO - 154)

**ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
R. 220 km 25 - Cx 23 - R. 220 - J. 220 - CEP: 56100-000  
CNPJ: 06.936.183/0001-40 - Ins. Est. 18015 523-0

**LOJAS MONOPOLIO**  
CIV. SOC. RES. INT. 811 / RESIDENCIAL - BARRA VERDE  
RUA 12 - 154 - BS - 4700 - Referência Jul/2019  
Emissão: 19/07/2019

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**Conta referente a:** Jul/2019 **Apresentação:** 19/07/2019 **Data prevista da próxima leitura:** 20/08/2019 **CPF/CNPJ/RAN:** 068.660.724-40  
Insc. Est. 5/264797-2

**UC (Unidade Consumidora):** 5/264797-2

**Canal de contato:**

- Tarifa Social de Energia Elétrica - 70% do crédito para La.  
- 18 dias de 06 de abril de 2020.  
- Junte-se ao MOVIMENTO VACINA PARÁIBA. Saiba mais em:  
[saiba.gov.br/movimentovacina](http://saiba.gov.br/movimentovacina)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/06/19	9407	19/07/19	9505	31
<b>Demonstrativo</b>				
0001	Consumo em kWh	30.000 0,274530	0,28	0,28 35
0001	Consumo - 51 e 100W/120V	58.000 0,479128	0,58	0,58 25
0001	Ass. B. América		0,16	0,16 0,01 0,03
0012	Subsídio		0,10	0,10 0,01 0,03
<b>UNICAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA		0,00	0,00 0,00 0,00
0020	Despesa Insc. de		0,00	0,00 0,00 0,00








**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número  
**113.351.084-16**

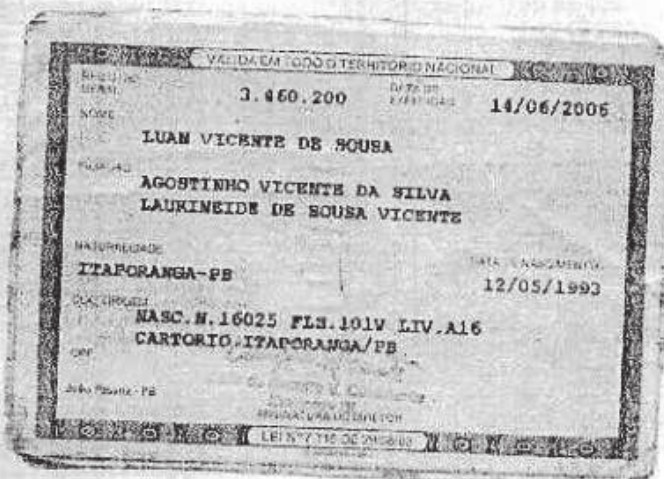
Nome  
**LUAN VICENTE DE SOUSA**

Nascimento  
**12/05/1993**

CÓDIGO DE CONTROLE  
**FE39.66FD.A89C.84C7**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Às 10:51:22 em dia 21/03/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





**energisa**

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
 R. 200, L. 202 - Centro Politécnico - João Pinheiro - CEP 13.001-140  
 CNPJ 09.390.300/0001-40 - Ins. Est. 18.215.625-0

**Licenciado MONOFÁSICO**  
 Cliente: RBS MTC S/A RESIDENCIAL - SADA RESNCA  
 Relatário: 12.154.99-4200  
 Referência: 14/07/2019  
 Emissão: 18/07/2019

Valor Total do Consumo: R\$ 22.397,220  
 Cota para C.D.B. Atribuída: R\$ 1.173,72

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/07/2019 - 15/07/2019	1.173,72	1.173,72
16/07/2019 - 31/07/2019	21.223,50	21.223,50
<b>Total</b>	<b>22.397,22</b>	<b>22.397,22</b>

Consumo em kWh: 22.397,22  
 Valor em R\$: 22.397,22  
 Cota para C.D.B. Atribuída: R\$ 1.173,72  
 Valor Total do Consumo: R\$ 22.397,22





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: Choudeci Vicente da Silva  
 RG: 36085 Serenozz 98 Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ CPF: 055 980 724 40  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro Profissão: agricultor  
 Endereço: Rua, São Francisco Nº 391  
 Bairro: Alto do Verde Cep: 58280-000 Cidade/UF: Taparanga  
 Telefone: (83) 99616835 ( 83 ) 999441520 ( )

**OUTORGADO:**

Nome: Edilson Rodrigues da Silva  
 RG: 5652161 Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ CPF: 039 242 064 09  
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Motorista  
 Endereço: Rua Burdeto Figueiredo Nº 22  
 Bairro: centro Cep: 58180-000 Cidade/UF: Taparanga  
 Telefone: (83) 982616835 ( 83 ) 999441520 ( )

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: Choudeci Vicente da Silva CPF: 055 980 724 40  
 Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DADS ( ) Morte

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

Nome: José da Silva Júnior  
 RG: 36085 Serenozz 98 Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ CPF: 114 048.624-12  
 Endereço: Rua, São Francisco Nº 51  
 Bairro: Alto do Verde Cep: 58280-000 Cidade/UF: Taparanga

\*\* Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Taparanga 29/07/2019  
 Local e Data

X José da Silva Júnior  
 Assinante à Rogo

Cartório  
 1º Ofício



Testemunha 1:

X Mathheus Pêna da Silva  
 CPF: 705.429.524-54  
 Local e Data: Taparanga 29/07/2019

Cartório  
 1º Ofício

Testemunha 2:

X Duan Lima de Souza  
 CPF: 113 351 084 16  
 Local e Data: Taparanga 30/07/2019

Cartório  
 1º Ofício





**JBS** SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR  
**JOSE BARROS SOBRINHO**  
 CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

**RECONHECIMENTO**

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

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5858-D7LQ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol. R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN R\$ 0,29



**JBS** SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR  
**JOSE BARROS SOBRINHO**  
 CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

**RECONHECIMENTO**

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

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5837-UYC2

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol. R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN R\$ 0,29



**JBS** SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR  
**JOSE BARROS SOBRINHO**  
 CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

**RECONHECIMENTO**

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **LUAN VICENTE DE SOUSA**,  
 Itaporanga/PB, 30 de julho de 2019.

Escrevente: Maria Rodrigues Custódio

Selo Digital: AXB5855-9EAO

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol. R\$ 0,51 FEPJ R\$ 2,38 FARPEN 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

CPF de: Próprio

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](http://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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

