



Número: **0802942-79.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **01/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.485,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON CRESPIM MACHADO (AUTOR)		HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36281388	05/11/2020 10:52	2762328_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00855/00856 - carta_03 - INVALIDEZ

00070428



Carta nº 14614181



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>

Número do documento: 20110510520755500000034640747



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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190439053 Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do Acidente: 03/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 15/05/2019, emitida pelo Dr. LUCAS SUASSUNA CAETANO, CRM nº 11171 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DR.AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00671/00672 - carta_31 - INVALIDEZ

00010336



Carta nº 14680763



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0248532/19 3 - CPF da vítima: 713.233.064-04 4 - Nome completo da vítima: Robson Crespim Machado

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

5 - Nome completo: Robson Crespim Machado 6 - CPF: 713.233.064-04
7 - Profissão: Garçom 8 - Endereço: Rua Jansen de Azevedo
9 - Número: 519 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolândia de Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.884-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 99666-8044

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 COPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 0585 1 CONTA: 38.748 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, Catolândia de Rocha - PB, 22 de junho de 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/06/2019 - Autoatendimento - 11:49:10
058570912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO ROBSON CRESPI MACHADO
AGENCIA: 0585-1
CONTA: 38.748-7
VARIACAO 51
VALOR * 10,00
NR. ENVELOPE 2.719.501.252

* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0146
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0146 (demais localidades).

Veja no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0028972120 3 - CPF da vítima: 713-233-064-04 4 - Nome completo da vítima: Robson Crespini Machado

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

5 - Nome completo: Robson Crespini Machado 6 - CPF: 713-233-064-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Várzea da Rogado 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Catolândia do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58880-000
15 - E-mail: totalseguroscatole@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 996182554

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0585 1 CONTA: 38748 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não observado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Catolândia do Rocha - PB, 03 de fevereiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/06/2019 - Autoatendimento - 11:49:10
058578912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ROBSON CRESPIH MAIADO
AGENCIA:	0585-1
CONTA:	38.748-7
VARIACAO	51
VALOR *	10,00
NR. ENVELOPE	2.719.501.252

* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 00 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0146 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0521/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE MOTO

Data do fato: 03/05/2019 hora: 19h12min

Notificante: ROBSON CRESPI MACHADO, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Vitória-ES, nascido em
04/04/2001, documento: CPF Nº 713.233.064-04, RG Nº 4.453.227-
SSP/PB, filho de Girlane Santana Crespim e de José Roberto Vieira
Machado, endereço: Sítio Varzea do Roçado, neste Município,
referência: 83-99942-6231.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: ALARICO DA ROCHA

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: *****, documento: ,
filiação: e de , endereço: ***** , referência:
. Tel/Cel:() **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 03/05/2019, por volta das 19h12min aproximadamente, conforme Ficha medico/ambulatorial do Hospital regional de Catolé do Rocha-PB, e declaração da diretora Geral do Hospital, deu entrada este notificante vítima de acidente de moto, quando guiava a moto de marca YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, de cor vermelha, ano/modelo 2014/2015, de placas QGB-9G20(Mercosul)Brasil, registrada em nome deste notificante, onde este notificante saiu de seu local de trabalho para colocar créditos em seu celular, e no retorno quando passava nas imediações da clínica de Dr. Ilan, foi surpreendido por uma outra moto que colidiu na lateral direita deste notificante, onde veio a solo, devido aos ferimentos este notificante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital local onde recebeu os primeiros socorros. Por esse motivo comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 18 de junho de 2019. Às 16:30 horas.

X Robson Crespim Machado

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo Registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110111937700000024093740>
Número do documento: 19100110111937700000024093740

Num. 24898805 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>
Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0028972/20** 3 - CPF da vítima: **713.233.064-04** 4 - Nome completo da vítima: **Robson Crespini Machado**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **Robson Crespini Machado** 6 - CPF: **713.233.064-04**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Sítio Várzea da Rogado** 9 - Número: **91** 10 - Complemento: **-**
11 - Bairro: **Zona rural** 12 - Cidade: **Catolândia do Rocha** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58881-000**
15 - E-mail: **totalseguroscatol@hotmai.com** 16 - Tel.(DDD): **(83)996182554**

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **-**

AGÊNCIA: **0585** **1** CONTA: **38748** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (se nasceu)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: **Catolândia do Rocha - PB, 03 de fevereiro de 2020.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Robson Crespini Machado**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Num. 36281388 - Pág. 9

NOVA DOCUMENTAÇÃO
Aprezentada



DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE – UFCG

MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se do periciando **ROBSON CRESPI MACHADO**, portador do CPF: 713.233.064-04, 18 anos, vítima de acidente de trânsito no dia 03 de maio de 2019, b.o nº 521/2019, no município de Catolé do Rocha-PB.

O paciente foi socorrido ao Hospital Regional de Catolé do Rocha/PB, apresentando escoriação em face, em membros inferiores, trauma contuso em região mandibular, trauma córtico contuso em pé direito com fratura exposta de hálux direito.

Na ocasião, a paciente foi submetida a limpeza cirúrgica e rafia da lesão. Tratamento conservador da fratura.

Paciente apresenta cicatriz em pé direito. Apresenta deformidade em pé direito associado a residual, com rigidez muscular e limitação para realizar a extensão e flexão do membro, além de dor que piora ao deambular. Apresenta ainda claudicação na articulação temporomandibular associado a dor e limitação para mastigar.

Do exposto, concluímos que há limitações funcionais severas, além de dor crônica, em decorrência das lesões sofridas do acidente.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Jr.
Médico
CRM-PB: 8790

Sousa, dia 09/01/2020.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
Médico – CRM 8790

Rua Tabelaio Antônio de Holanda, s/n, centro, Cajazeiras – PB. Tel.: (083) 99371-7003.
Email: carlosoliveiramd@outlook.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÊ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: U1507

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: <u>23/05/19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>25</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>Robson ex-silva mesquita</u>	IDADE: <u>18</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Rua Américo Lima</u>	Bairro: <u>Isidoro</u>	MEDICO REGULADOR:		
POLO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TVA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INFERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

INDICATIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

coluna foto x foto.

DADOS VITAIS

AVIA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
TA: 120/80 FC: 92 FR: 18 TEMP: _____ °C GLUCEMIA: _____ mg/dl - E. Com ar: 15 SpO2aO2: 98 SpO2cO2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VAA | <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído | <input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes |
| <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> Medo | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos |
| <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal | <input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade | <input type="checkbox"/> Retenção Urinária |
| <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz | <input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

INTERVENÇÕES

At. estabilização: envia, colar + prisma nasal +
apneia JVP + AVE e SF 0,5L.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, sinais vitais de acordo com
protocolo em vigor. At. protocolo
AVP e AVE e SF 0,5L e env. ao intern.



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPIM MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 130924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com - Tel. (83)3441-2280





Estado da Paraíba
Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Catalão do Rocha - PB



SEGRE
o trabalho

Sr.(a)

Robson Caspim Machado

RECEITUÁRIO

Citado que o paciente acima
citado foi atendido no dia
03/05/19 às 19:12hs vítima
de acidente de motocicleta
apresentando escoriações de pernas
e fratura de quadril direito

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MEDICO
CRM/PB 11281
Médico IERM - Carimbro

BART NDA GRAFICA - FONE: (51) 3612-4281



HOR ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAIBA *viva o trabalho*

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-80
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **ROBSON CRESPI MACHADO**
Mãe: GIRLANE SANTANA CRESPI M
Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: **SITIO VARZEA DO ROÇADO** Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)99856-5424
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306
CNS: 165-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 03/05/2019 19:12:26 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 77009 23878

SPO 2: 98 FC: 92 TEMP.: HGT: PA: 170,00

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

128

01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA CARÁTER DO ATENDIMENTO
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO *acidente de trânsito* CID-10

MEDICAÇÃO 1. PRESCRITA 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO OBSERVAÇÃO RESIDÊNCIA INTERNAÇÃO
OUTRO HOSPITAL ÓBITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns
CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS



Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO

Leito:

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

SINAIS VIT AIS

[illegible]

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ROBSON CRESPI MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência vítima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giulia Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Católé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB
Email: hospitallcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280



RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: ROBSON GRESPIM MACHADO

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
02.05.19	19:20	<p>Pl. voluntária trazida pela SPERS de Celi de Brito-PD, vítima de a- cidente de moto, apresentando pu- tura em 1º dedo do pé D, ferida em nível x, ferida mal-gelada anterior- + comativst med. sang. e com malhada no abd. pedista. Aguarda em observação no Ater. Cirúrgico.</p>	<p>Edson CORREIA Enfermeiro</p>
04.05.19	13:45	<p>Lacimete voltou sem queixa, foi liberado pelo médico</p>	<p>Gildecão Franklin de Oliveira ENFERMEIRO CUPEN R.</p>

Gildecão Franklin de O. J. S.
ENFERMEIRO
CURSANDO

SINAIS VITAI

[illegible]

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743>
 Número do documento: 19100110112220900000024093743

Num. 24898808 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>
 Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 17

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ROBSON CRESPI MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia **03 de Maio de 2019**. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen V. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 190924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco - Catolé do Rocha - PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com - Tel. (83)2441-2280



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743>
Número do documento: 19100110112220900000024093743

Num. 24898808 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>
Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 18



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 01507

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 03/05/19	OCORRÊNCIA Nº: 25	PACIENTE / USUÁRIO: [Handwritten Name]	IDADE: 18	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: [Handwritten Address]	BAIRRO: [Handwritten Address]	MÉDICO REGULADOR:		
APOIO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECLAMOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DEBILITAMENTO/OTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA: _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS:
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERMEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

[Handwritten notes: 206 mg, 106 x 106]

DADOS VITAIS

VIA ☒ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 80/80 FC: 92 FR: 18 TEMP: _____ °C GLUCEMA: _____ mg/dl - E. Com a: 15 SpO2: 98 SpO2: 98

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Termoregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância à Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros:		

INTERVENÇÕES

[Handwritten notes: Atividade, mobilização, etc.]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

[Handwritten notes: Paciente com sinais vitais estáveis, etc.]



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:24
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112346700000024093744
Número do documento: 19100110112346700000024093744

Sr.(a) Rafaela Caspary Machado

RECEITUÁRIO

Citado que o paciente acima
citado foi atendido no dia
03/05/19 às 19:12hs vítima
de acidente de motocicleta
apresentando escoriações de pernas
e fratura de quadril direito

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MÉDICO
CRM/PB 11111
Médico - CRM - Carimbro

SIST. ADM. GRÁFICA - FONE: (35) 3612-4291



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112474200000024093746>
Número do documento: 19100110112474200000024093746

Num. 24898811 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>
Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 20

HCR ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAIBA **viva o trabalho**

CNES: 2502450 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLÉ DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **ROBSON CRESPI MACHADO**
Mãe: GIRLANE SANTANA CRESPI M
Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: ESTUDANTE
Endereço: SÍTIO VARZEA DO ROÇADO
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: CATOLÉ DO ROCHA - PB - 56884-000 - 2504306
CNS: 169-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 03/05/2019 19:12:26 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 77009 23876

SPO 2: 98 FC: 92 TEMP.: HGT: PA: 170,00

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

128

- 01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ CARÁTER DO ATENDIMENTO
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO *acidente de trânsito*

CID-10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0301060028								
2 -									
3 -									

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns		CBO
Dr. ASSUNO CAETANO - 11171 PB - 111-1111-1111-1111		
Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		Polígrafo Direito
Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo		Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.453.227 DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/10/2016

NOME ROSSON CRESPI MACHADO

FILIAÇÃO JOSÉ ROBERTO VIEIRA MACHADO
GIRLANE SANTANA CRESPI M

NATURALIDADE VILA VELHA-ES DATA DE NASCIMENTO 04/04/2001

DOC ORIGEM NASC.N. 75220 FLS. 244 LIV. A-122

CIT CARTÓRIO VITÓRIA-ES

CPF 713.233.064-04

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112854300000024093755

Número do documento: 19100110112854300000024093755

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA

PARAÍBENSE DE IDENTIFICAÇÃO

P-145

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747

Número do documento: 20110510520755500000034640747

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112854300000024093755

Número do documento: 19100110112854300000024093755

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Contribuinte de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 713.233.064-04

Nome ROSSON CRESPI MACHADO

Nascimento 04/04/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112854300000024093755

Número do documento: 19100110112854300000024093755

Num. 24898820 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747

Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 22

PROCURAÇÃO PARTICULAR
(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

OUTORGANTE:

Nome: Rolison Oreyson Machado
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.452.227
CPF: 412.233.064-04
Profissão: Desenvolvedor
Endereço: Rua Varigão da Rocha, zona rural, município de Natal da Rocha - PB.
Data do Acidente: 03 / 05 / 19
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESÁRIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere **PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:**

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, **ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA**, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, **com o FIM ESPECIAL de requerer a indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;**

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela Internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo àqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

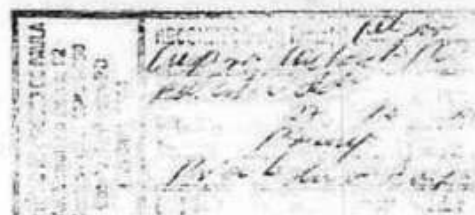
4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Serviços de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Serviços de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações, onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: [Assinatura]
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

Selo Digital: **AIP28357 - JKAF**
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **014100515193**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 2 CDD RENAVAM: 01033044641 RÁDIO: ***** EXERCÍCIO: 2018

POSSUIR CRESSIN MACHADO

CPF: 713.233.064-04 PLACA: QGB9920

PLACA SVT: QGB9920/RN Nº CHASSI: SC6XE1980F0042203

ENVIOLTEO: GABOLINA

FABRIL/124 CILINDRADAS PARTICULARES VERMELHA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2014 2018

DATA DE REGISTRO: 22/08/2018

PREMIO TARIFARIO: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

TAXAS DETRAN: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 23/08/2019

Carla Silvestre da Silva
Secretária de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA ALESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO (SEGURO DPVAT)

RN Nº 014100515193 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 23/05/2019

VEICULO: 2 CDD / CNPJ: 713.233.064-04 PLACA: QGB9920

FABRIL/124 CILINDRADAS PARTICULARES VERMELHA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2014 2018

DATA DE REGISTRO: 22/08/2018

PREMIO TARIFARIO: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

TAXAS DETRAN: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO: 23/08/2019

Carla Silvestre da Silva
Secretária de Registro de Veículos
DETRAN-RN



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:27
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112606100000024093748
Número do documento: 19100110112606100000024093748



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747
Número do documento: 20110510520755500000034640747



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/RII/INTECAMER/INTECAMER/ASPX?TIPO=1&CONSIG=39636>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renata Ramyza de Marques Teixeira e Garcia Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.949.294, 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Robson Crespim Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.233.064/04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada 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 dos Pereiros</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>anexo 11</u>
Bairro: <u>Costa e Silva</u>	Cidade: <u>Mossoró</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: <u>renataamyra@hotmail.com</u>	CEP: <u>59.625-360</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 999666-8044</u>

Local e Data: Catolé da Rocha - PB, 18 de junho de 2019

Renata Ramyza de Marques Teixeira e Garcia Medeiros
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Robson Crespino Machado
brasileiro(a), data do acidente: 03/05/2019, cobertura: Invalidez
estado civil: Solteiro, profissão: Garçom
Portador(a) do RG nº 4.453-227 e CPF nº: 113.233.064-04
Residente e domiciliado no(a): Sítio Helya do Arado
nº 510, bairro: Zona Rural, município: Catolândia de Rocha
estado: Rio de Janeiro, CEP: 58-884-000.

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS, brasileira, solteira, advogada OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749 – SSP/RN e CPF nº 0/5.949.294-89 com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23, Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone: (84) 99666-8044 – email: renataramyra@hotmail.com

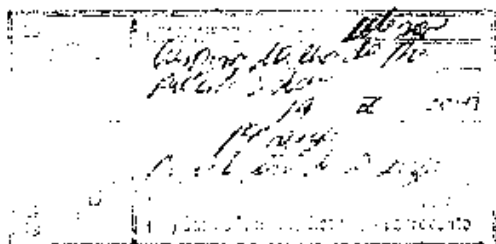
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Catolândia de Rocha, PR, 19 de junho de 2019.

x Robson Crespino Machado
OUTORGANTE



Selo Digital: A1T39501-Z6DR
Consulte a autenticidade em
<http://selo.digital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR
(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

OUTORGANTE:

Nome: Rolison Oreyson Machado
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4.452.227
CPF: 412.233.064-04
Profissão: Desenvolvedor
Endereço: Rua Varigão da Rocha, zona rural, município de Natal da Rocha - PB.
Data do Acidente: 03 / 05 / 19
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESÁRIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere **PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:**

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, **ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA**, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, **com o FIM ESPECIAL de requerer a indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;**

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela Internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo àqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Serviços de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Serviços de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações, onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: [Assinatura]
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

Selo Digital: **AIP28357 - JKAF**
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246532/19

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

CPF: 713.233.064-04

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/05/2019

Titular do CPF: ROBSON CRESPIM MACHADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO
CPF: 713.233.064-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028972/20

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

CPF: 713.233.064-04

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON CRESPIM MACHADO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Documentos de identificação
Procuração

ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO
CPF: 713.233.064-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439053 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO **Data do acidente:** 03/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - (PÁG 3).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439053

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

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 14606875

Pag. 00461/00462 - carta_01 - INVALIDEZ

