



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 |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 36281 388 | 05/11/2020 10:52 | <u>2762328_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 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



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

Num. 36281388 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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.

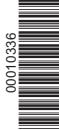
A documentação médica anexada, datada de 15/05/2019, emitida pelo Dr. LUCAS SUASSUNA CAETANO , CRM nº 11171 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00671/00672 - carta_31 - INVALIDEZ



00010336

Carta nº 14680763



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. 2



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: **024 8532/09** 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: **Sítio Vilaça de Rocade** 9 - Número: **510** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Zona Rural** 12 - Cidade: **Catolé do Rocha** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **58.884-000**
 15 - E-mail: **(84) 99666-8044** 16 - Tel (DDO): **(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 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 abertos. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **0585**

CONTA: **38.748**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atende 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 permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 8.119/90, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (nascido) Sim Não 31 - Vítima 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 239 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 - 1º I Nome:

CPF: _____

39 - 2º I Nome:

CPF: _____



40 - Local e Data: **Catolé do Rocha - PB, 02 de junho de 2019**

Robson Crespim Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Romaria de M. C. Machado

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

| | |
|--------------|-----------------------|
| FAVORECIDO | ROBSON CRESPI MACHADO |
| AGÊNCIA: | 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 POUPANÇA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTÃO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

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

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios não serão abertos
e permanecerão disponíveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualização.

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

0028972120

3 - CPF da vítima:

413-233-064-04

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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

Robson Crespim Machado

6 - CPF:

413-233-064-04

7 - Profissão:

Agricultor

11 - Bairros:

Zona rural

15 - E-mail:

italseguroscatole@hotmail.com

8 - Endereço:

Sítio Várzea do Recado

9 - Número:

31

10 - Complemento:

12 - Cidade:

Catolé do Rocha

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58881-000

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

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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)

AGÊNCIA: 0585

1

CONTA: 38748

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer(s) (velhice):

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 apossado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Catolé do Rocha - PB, 03 de janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

| | |
|--------------|-----------------------|
| FAVORECIDO | ROBSON CRESPI MACHADO |
| AGÊNCIA: | 0585-1 |
| CONTA: | 38.748-7 |
| VARIACAO: | 51 |
| VALOR * | 10,00 |
| NR. ENVELOPE | 2.719.581.252 |

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

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

*VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

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

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

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

Leda no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0521/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE MOTO

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

Notificante: ROBSON CRESPI MACHADO, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Vitoria-ES, nascido em
04/04/2001, documento: CPF N° 713.233.064-04, RG N° 4.453.227-
SSP/PB, filho de Gislane 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: () **;

HISTÓRICO 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 clinica 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.

Notificado(a) na ocasião

Notificante

Testemunha Atrogada

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: **0028 972120** 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) - CÍRCULAR SUSEP N° 4/5/2012

| | | | |
|--------------------|---------------------------------------|---------------|-------------------------------|
| 5 - Nome completo: | Robson Crespim Machado | 6 - CPF: | 713.233.064-04 |
| 7 - Profissão: | Agricultor | 8 - Endereço: | Sítio Várzea do Recado |
| 11 - Bairro: | Zona rural | 12 - Cidade: | Catolé do Rocha |
| 13 - Estado: | PB | 14 - CEP: | 58981-000 |
| 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:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0685** CONTA: **38748** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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;
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
- 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 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) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (não nascer): 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 (se aferivado) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Catolé do Rocha - PB, 03 de janeiro de 2020.**

Robson Crespim Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

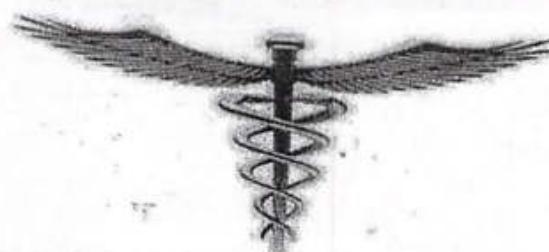
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



NOVA DOCUMENTAÇÃO
(Apresente o CRM)



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





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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 01807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | |
|-----------------------|---------------|---|------------------|---|--|
| 03/05/19 | OCORRÊNCIA N° | PACIENTE / USUÁRIO | DATA | SEXO | |
| 03/05/19 | 25 | Flávia e ex-pilo meson. 18 | 18 | <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA | | BARRIO | MÉDICO REGULADOR | | |
| Avenida Américo Viana | | Castelo | | | |
| POVO NO LOCAL: | | <input checked="" type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CIPTRAN <input type="checkbox"/> BTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | |
| TA: | | <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: | | | |

IPÔ DE AGRADO

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> PSIGIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO | <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"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |

ESTÔMICO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

TIPO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

OCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Dolor no peito x moto.

Dr. Lucas Siqueira Caetano
Médico
CONTEÚDO
111111

INDAIS VITAIS

VIA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30pm <30pm / PULSO RADICAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg
PA: *170/80* FC: *92* FR: *18* TEMP: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com: *15* SpO2/02: *98* SpO2/02: _____

ESTIMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade
 Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída
 Comunicação Verbal Prejudicada
 Confusão Aguda
 Desambulação Prejudicada
 Débito Cardíaco Diminuído
 Náusea
 Constipação
 Incontinência Intestinal
 Eliminação Urinária Prejudicada
 Padrão Respiratório Ineficaz
 Outros

Desobstrução Ineficaz das VAS
 Disreflexia Autônoma
 Dor Aguda
 Hipotermia
 Hipotensão
 Integridade da Pele Prejudicada
 Integridade Tissular Prejudicada
 Medo
 Intolerância a Alimentação
 Mucosa Oral Prejudicada
 Perfusion Tissular Central Ineficaz

Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz
 Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz
 Perfusion Tissular Renal Ineficaz
 Termoregulação Ineficaz
 Troca de Gases Prejudicada
 Ventilação Espontânea Prejudicada
 Volume de Líquidos Deficientes
 Volume Excessivo de Líquidos
 Retenção Urinária
 Percepção Sensorial Perturbada
 Interção Social Prejudicada

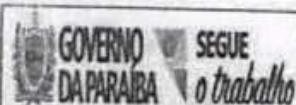
INTERVENÇÕES

*Al. Estabilizar: enviar, colar e prescrever regular +
SpO2 98% + AVP e/ou OSY.*

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

*Paciente comente, quefele vómitos de doloroso motivo
operatório encerrado em 00:15. Cbt protocolo
AVP + AVP e/ou OSY e enc. ao intern.*





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



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.

Giula Darllen V. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

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 da Saúde
Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Cainópolis - PB



SEGU
o trabalho

Sr.(a) Robson Gispim Marches

RECEITUÁRIO

Cartão que o paciente acima
citado foi atendido no dia
03/05/19 às 19:12 hs vítima
de acidente de motocicleta
apresentando escoriações de punhos
e fatura de prododáctilo direito.

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MÉDICO
CRM/PB/177
Médico CRM - Carimbro

SANTANA GRÁFICA - FONE: (83) 3232-4222

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO

Leito:

SINAIS VITais





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



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 V. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giulia 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

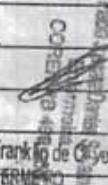


RENDITION

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name: ROBSON CRESPIM MACHADO

Leito:

| Data | Hora | Evolução de Enfermagem | Assinatura |
|----------------|------|---|---|
| 03/05/19 19:20 | | <p>Paciente admitido para o hospital pelo Serviço de URGÊNCIA de Bento, vítima de um acidente de moto, apresentando fru- tura e 1º degrau de pé, com enjóis x, for mal-estar intenso + cansaço e medo de quebrar o membro x abdômen. Agora em observação no andar andar. -</p> | |
| 04/05/19 13:45 | | <p>Paciente subiu seu quarto, foi liberado pelo médico -</p> <p>Gildecálio Franklin de Oliveira ENFERMEIRO PEF/PE</p> |  |

SINAIS VITAIS



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=1910011011220900000024093743>
Número do documento: 1910011011220900000024093743

Num. 24898808 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051052075550000034640747>
Número do documento: 2011051052075550000034640747

Núm. 36281388 - Pág. 17



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



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 V. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giulia 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



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: 01807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------|--|
| DATA: 03/05/19 | OCORRÊNCIA N°: 25 | PACIENTE / USUÁRIO: <i>Bobon ex-pilu uscau</i> | IDADE: 18 | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>Av. 28 de Abril</i> | BAIRRO: <i>Centro</i> | MÉDICO REGULADOR | | |
| APÓS NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> BTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO | | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | |

TIPO DE AGRADO

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> PEDIATRICO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> GUASÉ AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DEBAIXAMENTO/SOTERRAMENTO | <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"/> INIBIMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS |

DESTINO DO PACIENTE:

SERVÍCIO 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)

Coluna toro x resto.

Dr. Lucas Siqueira Góes
Médico
CONTEÚDO
APLICADO

DADOS VITAIS

VIA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADICAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

PA: *170/80* FC: *92* FR: *18* TEMP: *36,5* °C GLICEMIA: *mg/dl* - E. Com a: *15* SpO2/02 *98* SpO2/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Renal Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda | <input type="checkbox"/> Hipertermia | <input type="checkbox"/> Termoregulação 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"/> Náuseas | <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 a Alimentação | <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"/> Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

INTERVENÇÕES

Al. intubação: envio de colar, colar de plástico rígido e
aparelho JJV e MP e IF OSY.

paciente comecou, ondas vitais de colar e suspeito
operatório escoreada em 100%. Cabe protocolo
APIT e medicamento c/ SFOGRI e enc. em iten.



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=1910011011234670000024093744

Número do documento: 1910011011234670000024093744

Num. 24898809 - Pág. 1



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



GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho

Sr.(a) Robson Cezarino Machado

RECEITUÁRIO

Cartão que o paciente acima
citado foi atendido no dia
03/05/19 às 19:12 hs vítima
de acidente de motocicleta
apresentando escoriações de punhos
e fatura de produzida direta

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano
MÉDICO
CRM/PB/111 CRM - Carimbro

BANCA GRÁFICA - FONE: (83) 3612-4261



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:25
<http://pje.tjpjpb.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.tjpjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510520755500000034640747>
Número do documento: 20110510520755500000034640747

Num. 36281388 - Pág. 20

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.453.227 DATA DE
EXPEDIÇÃO 26/10/2016

NOME ROBSON CRESPI MACHADO

PLACAS: JOSÉ ROBERTO VIEIRA MACHADO
GIRLANE SANTANA CRESPI

NATURALIDADE VILA VELHA-ES

DOC. ORIGIN 04/04/2001

NASC. N. 75220 PLS.244 LIV. A-122
CARTÓRIO VITÓRIA-ES

CPF 713.233.064-04

LEIA-SE: ABAIXO
Assinatura de Robson Crespim Machado
Cartório de Registro Civil de Vitoria-ES
Márcio Oliveira



Ministério da Fazenda
Banco Federal
Centro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 713.233.064-04

Nome ROBSON CRESPI MACHADO

Residência 04/04/2001

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29
<http://pje.tpb.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.tpb.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: Robson Oreyrin Machado
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4 453-227
CPF: 713.233.064-04
Profissão: Operário
Endereço: Bairro Várzea do Recado, zona rural, município de Patos de Minas - MG
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: EMPRESARIO
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, Servicos de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Servicos 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;

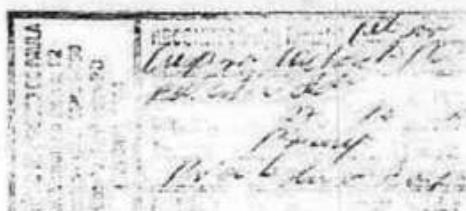
5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: Robson Oreyrin Machado

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Selo Digital: AJP28357 - JKAF
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>



| DETRAN - RN | | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | Nº 014100515193 | |
|---|-------------|--|-------|---|------|
| PLACA | Nº | CCO. P/ NOME | COND. | EXERCÍCIO | ANO |
| 2 | 01033044631 | ***** | ***** | 2018 | |
| POSSON - CRESPI, MACHADO | | | | | |
| ENDERECO: RUA MARQUES DE SANTOS, 1000 - CENTRO - 51000-000 - NITERÓI - RJ | | | | | |
| 711.233.064-04 | | PLACA: QJB9020 | | CATEGORIA: C | |
| QJB9020/RN | | Nº 05XE1980FC0042203 | | CARRO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICA | |
| TIPO DE ENERGIA: GASOLINA | | | | | |
| MARCA: YAMAHA/VERMELHA | | | | | |
| YAMAHA/YBR110 FATOR K1 | | ANO FAB.: 2014 | | ANO MFG.: 2015 | |
| CAR. P/ PÓDE: | | CATEGORIA: P | | COR: PRETO/VERMELHO | |
| C/TV/124 CILINDRADAS | | PARTICULAR | | VERIFICA: | |
| COTA ÚNICA | | VEN. COTA ÚNICA | | VEN. NOTAS | |
| I | R\$ 0,00 | 22/08/2018 | | 1º | PAGO |
| P | | | | 2º | PAGO |
| V | PAULINHO | DRAFTS/ALIMENTOS/COITAE | | 3º | PAGO |
| A | 009621 3X | R\$ ***** | | | |
| PRÉMIO TANQUE: R\$ 0,00 | | PRÉMIO PÓTE: R\$ 0,00 | | DATA DE PAGAMENTO: | |
| *** TAXAS DETRAN: PAGO | | *** DEPAT: PAGO | | | |
| DETRAN - RIO GRANDE DO NORTE - 2018 | | | | | |
| MOTOR: ES11E-0633902 | | | | | |
| SALDO DO BILHETE: R\$ 0,00 | | | | | |
| CARTEL SAVINET DA MÍDIA | | | | | |
| Encarregado do Registro de Veículos | | | | | |
| DATA: 23/08/2018 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------------------|------------------|-----------------------|------|------|------------|------------------------|-------|------------------|-----------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------------|-------------------------|----------|----------|-----------|------|---|-------------------|
| SEGUNDO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS - TRANSFERIDAS OU NÃO - SEGURO DPVAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RN N° 014100515193 BILHETE DE SEGURO DPVAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2">EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2016</td> <td>23/05/2019</td> </tr> <tr> <td>CPF / CNPJ</td> <td>PLACA</td> </tr> <tr> <td>2 713.233.064-04</td> <td>09599620</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TIPO DE VEÍCULO</td> <td>MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">01033044641</td> <td>YAMAHA/YBR125 FACTOR KL</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB.</td> <td>ANO EXP.</td> <td>NR CHASSI</td> </tr> <tr> <td>2014</td> <td>3</td> <td>9C6XE1980F0042203</td> </tr> </table> | | EXERCÍCIO | | DATA EMISSÃO | 2016 | | 23/05/2019 | CPF / CNPJ | PLACA | 2 713.233.064-04 | 09599620 | TIPO DE VEÍCULO | | MARCA / MODELO | 01033044641 | | YAMAHA/YBR125 FACTOR KL | ANO FAB. | ANO EXP. | NR CHASSI | 2014 | 3 | 9C6XE1980F0042203 |
| EXERCÍCIO | | DATA EMISSÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | | 23/05/2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF / CNPJ | PLACA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 713.233.064-04 | 09599620 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE VEÍCULO | | MARCA / MODELO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01033044641 | | YAMAHA/YBR125 FACTOR KL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO FAB. | ANO EXP. | NR CHASSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2014 | 3 | 9C6XE1980F0042203 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>PRE (R\$)</td> <td>GENTRAN (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VALOR DO BILHETE (R\$)</td> <td>IPF (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>VALOR A SER PAGO (SEGURO IPF)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td> <input type="checkbox"/> PARCELAZO </td> <td>DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> </table> | | PRE (R\$) | GENTRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | VALOR DO BILHETE (R\$) | | IPF (R\$) | PAGAMENTO | | VALOR A SER PAGO (SEGURO IPF) | <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | | <input type="checkbox"/> PARCELAZO | DATA DE QUITAÇÃO | | | | | | |
| PRE (R\$) | GENTRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALOR DO BILHETE (R\$) | | IPF (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAGAMENTO | | VALOR A SER PAGO (SEGURO IPF) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | | <input type="checkbox"/> PARCELAZO | DATA DE QUITAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.342.608/0001-04</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



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

Num. 24898813 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:52:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051052075550000034640747>
Número do documento: 2011051052075550000034640747

Núm. 36281388 - Pág. 24



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)

Capital e regiões metropolitanas: 4000-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www3.circap.gov.br/RIS/ICTECAWFR/DO/ORIGINAL/ASPY2TIP0318/CONFIDEN/298736>

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 da 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 RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renata Kamya de Marques Tixeira e Garcia Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.949.284-89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Poltron Cresspi Machado Inscrito (a) no CPF sob o N° 313.277.064-04

do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima _____

Inscrito (a) no CPF sob o N° _____ / _____, 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|-----------|---|---------|--------------------|--------------|----------------|
| Endereço: | <u>Rua das Pererecas</u> | Número: | <u>23</u> | Complemento: | <u>apto 11</u> |
| Bairro: | <u>Costa e Silva</u> | Cidade: | <u>João Pessoa</u> | Estado: | <u>RN</u> |
| E-mail: | <u>renata.kamya@bolmail.com</u> | | | | |
| | CEP: <u>59.625-360</u> Tel. (DDD): <u>(84) 999666-8044</u> | | | | |

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

Renata Kamya de Marques Tixeira e Garcia Medeiros
Assinatura do Declarante

DDRL_001 V001/2017



PROCURACÃO PARTICULAR

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "02 AGO. 2019".

DUTORGANTE: Nome: Rolton Cezarini Machado
brasileiro(a), data do acidente: 03/05/2019, cobertura: Trinidade
estado civil: Solteiro, profissão: Caçador
Portador(a) do RG nº 4.453.227 e CPF nº 313.233.064-04
Residente e domiciliado no(a): rua Idéias do Pecado
nº 500, bairro: Terra Rural, município: Castelo do Pecado
estado: Pará, CEP: 58.884-000

DUTORGANDO: 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.

Catolé do Rocha, PB, 19 de junho de 2019.

2. Nelson virgin modbrach
OUTORGANTE

1628
Loring H. Do. to the
P. L. S. Soc.
19th of May
1904
P. L. S. Soc. 1904

Selo Digital: AIT39501 - Z6DR
Consulta a autenticidade em
<http://selodigital.tibis.br>



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

OUTORGANTE:

Nome: Robson Oreyrin Machado
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 4 453-227
CPF: 713.233.064-04
Profissão: Operário
Endereço: Bairro Várzea do Recado, zona rural, município de Patos de Minas - MG
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: EMPRESARIO
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, Servicos de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Servicos 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;

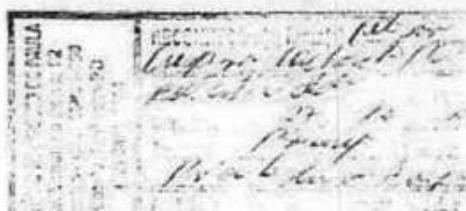
5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: Robson Oreyrin Machado

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

Selo Digital: AJP28357 - JKAF
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CRESPIM MACHADO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 28

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBSON CRESPIM MACHADO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 29

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439053 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON CRESPI 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 |



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. 30



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14666875



Pag. 00461/00462 - carta_01 - INVALIDEZ



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. 31