



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10292503

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170011149 ASL-1192219/16  
**Vitima:** FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA  
**Data Acidente:** 09/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10308916

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

**Sinistro:** 3170011149 ASL-1192219/16  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA  
**Data Acidente:** 09/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10447997

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro: 3170011149 ASL-1192219/16  
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA  
Data Acidente: 09/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 0000046926-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170011149 - 1

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): BARRA DO GRAMAME nº 00 - GRAMAME - CONDE/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1847769 - SSP

Data local do exame: 20/01/2017 JOAO PESSOA/PB

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA Perna TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PRA 02/02/2017. DESENVOLVEU SEQUELA CRONICA, PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

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

Vítima em tratamento  Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela) Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA-INFECÇÃO CRONICA. -**

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 20/01/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA \_\_\_\_\_

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, Franisco de Assis Borges da Silva

POR TADOR(A) DO RG N° 1.847.769 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 18/09/2016  
 CPF 0000805994-22 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Autônomo  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O Meu, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mérito da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2108 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46926-20

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Abreu e Júnior de Oliveira de 2016 - Franck Borges da Silva  
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE BANCOS  
COSTA RI INVESTIMENTOS 01015143412  
AV CRD 7 DAS ARMAS CGG  
TELEFONE 30026216 DATA 29/11/2006  
HORA 25/11/2006 HORA DE BRASILIA 11:59

\*\*\* EXTRATO DE CONTA CORRENTE \*\*\*

FRANCISCO DE ASSIS JURGELS DA S 11:59HR  
AGENCIA 2108 CTA 0046926-2 29/NOV/2006

DISPONIVEL .....  
+ TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA CORRENTE .....

TOTAL DE RECURSOS .....

SALDO CCP. & INVEST .....

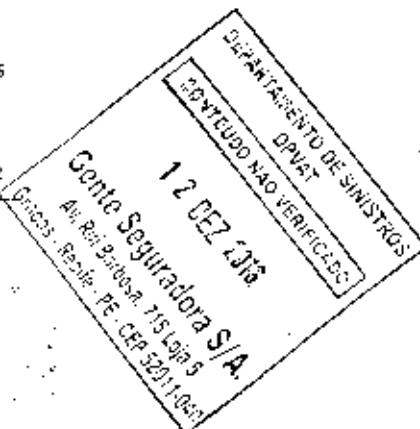
MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

NOVEMBRO 2006		VALOR
00 DEP. INVESTIMENTOS	00000000	00
20 SALDO ANTerior	00000000	00
00 DEP. DINHEIRO CB 21000000	00000000	00
SALDO DO TOTAL		00000000

BANCO BRADESCO - 21008 - CHAMADA  
ARMAS - 00  
CUNHESP. BANC. 0078 - LZ CONCECAOES DE  
ANT. MILITAR  
NSU: 02698437537 AUTENTICAÇÃO: 144966

UNIVERSITATI BRADESCO  
0000 027 9903

NSU REDE: 002315 DATA REDE: 11:59:02



## DECLARAÇÃO

Eu, Francklin do Assis Borges da Silva,  
Portador (a) do RG nº 1.837.769, e do CPF nº 000.805.994 - 27,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: BRADESCO,  
e a conta de minha titularidade nº 46.926-2, agência nº 2108,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Francklin do Assis Borges da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





323  
6  
00014

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 04798.01.2016.1.00.400**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04798.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: Ao(s) 25 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 09:30 horas, compareceu **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Autônomo, naturalidade Santa Rita/Paraíba, data de nascimento 03 de Junho de 1974, idade 42, filiação Ana Maria da Conceição e Severino Borges da Silva, Documento - CPF: 000.805.994-27, residente Rua Projetada, SN[NÃO INFORMADO], GRAMAME, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98616-3412.

**Dados dos Fatos:**

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Valentina de Figueiredo, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 09/02/16 17:55

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 09/02/16, por volta das 17:55h, quando atravessava a Rua Sergio Vieira de Melo, no conjunto Valentina de Figueiredo, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelado por uma motocicleta de placa não identificada, tendo o notificante sofrido fratura exposta dos ossos da perna direita, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 25 de Outubro de 2016

*Francisco de Assis Borges da Silva*  
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA  
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão De Polícia

*Carlos Antônio Duarte Félix*  
Escrivão de Polícia Civil  
Msc. 135.632-3



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Autenticidade do RG  
00004+

Eu, Franclino de Assis Borges 21 SIM portador da carteira de identidade nº 1.847.769 e inscrito no CPF/MF sob o nº 000.805.994-27 residente e domiciliado na BARNA DE GRAMANÉ - S/Nº GRAMANÉ Cidade CONDÉ, Estado PARAÍBA, 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:

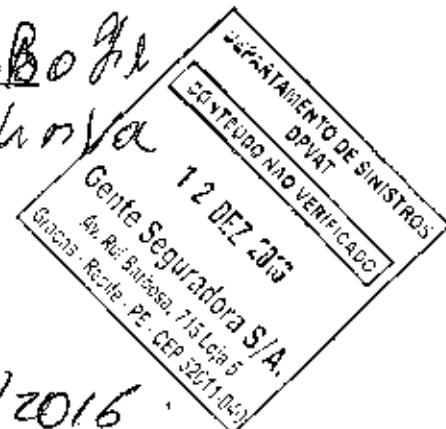
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Franclino de Assis Borges

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Abreu Lima/PE 05/12/2016

Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Lote de processamento:  
Controle de identificação:  
000114

# Certidão de Nascimento

NOME:  
**FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA**

MATRÍCULA

**0703910155 1974 1 00006 174 0012484 81**

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
três de junho de um mil novecentos e setenta e quatro

DIA: **03** MÊS: **06** ANO: **1974**

HORA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
**05:15** **Santa Rita-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO (UF) \_\_\_\_\_ LOCAL DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
**Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB** **Hospital e Mat. Gov. Flávio Ribeiro Coutinho** **mascúlo**

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_  
**SEVERINO BORGES DA SILVA e ANA MARIA DA CONCEIÇÃO**

AVÓS \_\_\_\_\_  
PATERNOS(S): Martiniano Borges da Silva e Maria Galdino da Conceição;  
MATERNO(S): José Severino da Silva e Maria Divaida da Conceição.

GÊMEOS \_\_\_\_\_ NOME E MATRÍCULA DOS(G) GÊMEO(S) \_\_\_\_\_  
**NÃO** **NAO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
seis de setembro de um mil novecentos e setenta e quatro (06/09/1974)

DATA (DEC. NASC. VIVO) \_\_\_\_\_  
**NÃO INFORMADO**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES \_\_\_\_\_

2º VIA. Registro lavrado em 06/09/1974, no Livo A-00006, Nº 12484, folha 174.



NOME DO OFÍCIO \_\_\_\_\_  
Serviço Registrador e Notarial de Livramento

OFICIAL REGISTRADOR \_\_\_\_\_  
Maria Paula dos Santos

MUNICÍPIO/UF \_\_\_\_\_  
Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB

ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
Rua São José, 124, Distrito de Nossa Senhora do Livramento,  
Santa Rita-PB - CEP: 58304000 FONE: 3664-7915

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB, 16 de junho de 2014.

Maria Paula dos Santos  
Oficial do Registro Civil

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 534334-A



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E DISPOSIÇÃO  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



Comprovante da sua devolução  
00000000000000000000000000000000

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609.083, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1155735, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA**, idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Moto)** no dia 09/02/2016, na R. Emb. Sérgio Vieira de Melo, Bairro: Valentim de Faria, aproximadamente as 17:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar (anexo Butty/Coronáuma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CRESPE - 20174

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
12 DEZ 2016  
Gente Seguradora S/A,  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
RECIFE - PE - CEP 52011-030

**SAMU 192 JP**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000046926-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO31012017050000000002370210800000046926708750 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco do Assis Borges da Silva

RG nº 1.847.769 data de expedição 19/09/2016 Órgão SSDS/PB

CPF nº 000.805.994-27 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>BARRA DO GRAMAME</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>SÍRIO</u>
Bairro	<u>GRAMAME</u>
Cidade	<u>CONDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.322-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3538-0069 - 98721-5834</u>
E-mail	<u>fallinxone@uolmail.com</u>

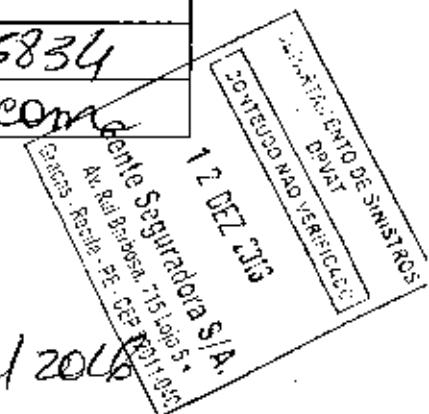
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Mauá e Luiz/PE 05/12/2016

Assinatura do Declarante:

Fernando de Assis Borges da Silva



RUA MARIA DA CONCEICAO NETA  
CONCEICAO DE GRAMAME, SN - GRAMAME  
CONDE/PB CEP 5832000 (AD.1)

**energisa**

Classe/S: b6s RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFASICO 2f/200, Km 26 - Cralo Redentor - Juazeiro PB - CEP 58071-080  
Referencia: Ago/2016  
Número: 00001186031

Referencia: Ago/2016  
Emissao: 24/08/2016

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 09.095.163/0001-40 ins Est 18.015.822-0  
Nota Fiscal / Correia de Energia Elétrica N001.038.749  
Página: 1 de 10 | Data: 24/08/2016

VALOR TOTAL DA Fatura: R\$ 10.209,98 (dez mil e duzentos e nove reais e noventa e oito centavos)

CONSULTA

Ago / 2016

24.08.2016

29.09.2016

30.09.2016

CPF/CNPJ/RANI

Anterior

Constante

Consumo

Dias

02/09/2016 - Lâmpada Data: Letra

24/08/2016 - Lâmpada

ROSSANA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.

FATURA DE  
OUT/2016

VENCIMENTO  
03/11/2016

Emissão em: 15/10/2016  
Período de: 13/09/2016 - 13/10/2016



CTC CORREIOS  
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
JOAQUIM NABUCO 200  
TIMBO  
53520-170 - ABREU E LIMA - PE



7200039896 00000 0000000000 10 151016

RECEBA ESTA  
CONTAS DO  
TELEFONE MAIS  
PRÁTICO.



SAIBA MAIS Sobre a OI  
www.oi.com.br/mais

DETALHES DA FATURA

### OI TOTAL

151,98

#### OI TOTAL

Pacotes Adicionais do Móvel 37,90

#### OI FIXO

#### OI INTERNET

DDI e Roaming Nacional 250

#### TOTAL DE MENSALIDADES

189,88

Alem disso, você...

Chamadas de longa distância 2,97

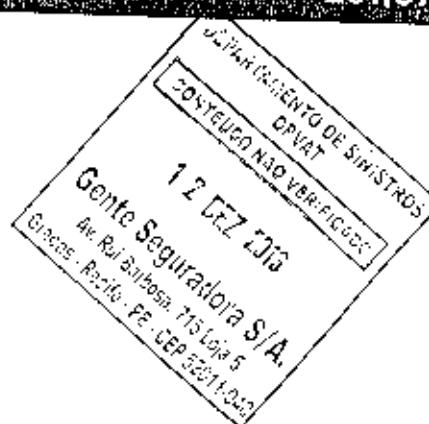
Atividade com serviços de terceiros 2,98

#### SUBTOTAL

Multa e juros 5,24

#### TOTAL DA SUA FATURA

201,07



ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF: 684.647.684-00  
NÚMERO DO CLIENTE: 2969208446  
NÚMERO DA FATURA: 725263416  
Nº PARA DEBITO AUTOMÁTICO: 401683856698

### PRECISA DE AJUDA?



[www.oi.com.br/minhaoi](http://www.oi.com.br/minhaoi)

Aqui você acessa e imprime suas faturas,  
analisa seu consumo, consulta saldos  
e gerencia seus Oi pontos.

### ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Out 2016	201,07
Set 2016	203,27
Ago 2016	206,17
Jul 2016	195,44
Jun 2016	192,80
May 2016	188,99

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e  
evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 136,60  
mês por atraso dia. Suspensão do serviço: Parcial,  
15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais  
30 dias, Suspensão Total. Durante o período de  
Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será  
notificada.



## CERTIDÃO

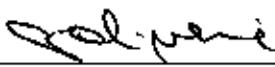
Nº. 1029/2016

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº826806 e Prontuário Nº 2016.06.003116 pertencentes a **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA** que foi atendido no dia 09/02/2016 às 20H11min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura expostados ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico no mesmo dia do atendimento. Alta dia 25/05/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Francisco de Assis Bezerra de Souza Data da Admissão: 09/07/2011

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

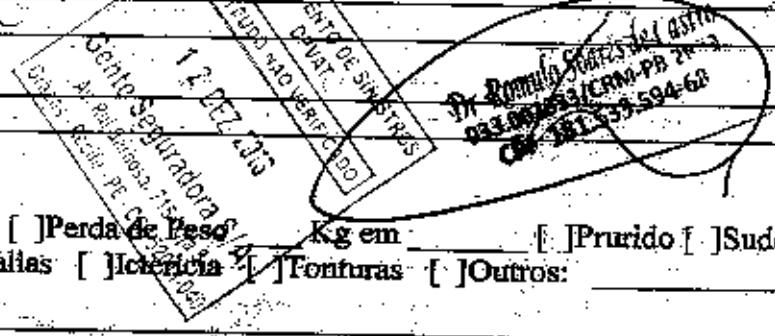
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_ HDA: \_\_\_\_\_

*O paciente Francisco de Assis Bezerra de Souza é portador de tuberculose pulmonar extratubercular com extensão para o sistema nervoso central. Foi submetido a tratamento empático (Fármacos extratuberculares)*

Medicações em uso: \_\_\_\_\_



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenotireoidial [ ] Ictericia [ ] Fontes [ ] Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Riorrétia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bocio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor [ ] Tosse [ ] Expectorado [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema [ ] Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor [ ] Pirose [ ] Soluço [ ] Regurgitação [ ] Hematemese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor [ ] Rigidez pós-reposo [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

### **Assinatura da Enfermagem**

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

**DESTINO DO PACIENTE**

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedida [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:

Idade:

Data:

2º Assistente:

Anestesista:

Sexo:

Cor:

Clinica:

Registro:

EMP:

LR:

Jº Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Horário: I: T:

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

**CID**

*Fratura exposta do osso de  
pele - Orelha.*

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

**CID**

*O membro*

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

**CÓDIGO**

*Reduziu curva fraca da orelha de  
1. Retirada de parte do osso de  
c/ fadiga extenso*

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim

2 ( ) Não

Dr. Romulo Soares de Carvalho  
CRM-PB 2037  
CPF 181.534.564-62

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim

2 ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

O paciente encontra-se deitado horizontalmente na mesa cirúrgica com os membros descolados da mesa. A cabeça é rotacionada para o lado esquerdo. As extremidades são牵拉 (estiradas) para cima. O abdômen é preparado com solução estéril.

### Incisão:

A incisão é feita verticalmente, através da pele, carne e tecido conjuntivo, com uma lâmina de bisturi, colocando de cada lado da ferida.

### Achados:

Encontrado no fundo da ferida, um fígado expandido, com bordas e superfície avermelhadas.

### Conduta:

Não se realizou procedimento cirúrgico.

### Fechamento:

Aferir e programar a data de retorno do paciente.

### OBS:

Considerar o risco de infarto do miocárdio, expulsão do conteúdo contido na bexiga, edema e edema cerebral.

Data:

09/02/96

Dr. Romulo Soares de Almeida  
033.002.833/CRM-PB 2033  
CPF 181.523.394-6

MÉDICO/CRM



Centro de Medicina  
MANOEL DA CUNHA

**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME:		FRONTOARIO N°:	
SEXO:	M	CLÍNICA:	ENF:
DATA DE ADMISSÃO:	01.07.16	DATA DE ALTA:	14.10.16
PERÍODO DE PERMANÊNCIA:			
DIAGNÓSTICO INICIAL:			
ONC crônica fibrose			
DIAGNÓSTICO DE AFINO:			
Rx + ex - sin			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES:			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
Intervenção - Rx - ex - sin			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:			
Anticancer			
ANAMSE PATOLÓGICA:			
MELHORADO			
COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
CONDICIONAMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> OBSC			
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES			
Resumo da evolução do paciente com o tratamento de			
as exames coletados no hospital			
após a alta com orientações para casa			

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

#### DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por 120 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" na ferida que ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

#### MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontes.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

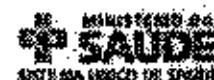
191016

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento serve-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Francisco de Assis Borges da Silveira						PRONTUÁRIO N°:
IDADE: 41	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: Getúlio Vargas	ENF:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: 09/02/16		DATA DE ALTA: 25/05/16		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta ossos do punho						CID:
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Ossos						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES:						
PROCEDIMENTO REALIZADO: Redução aberta com fixação interna						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:						
ANATOMIA PATOLÓGICA:						
INFECÇÃO F.O.: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:						
CONDICIONE DE SAÍDA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		REMOVIDO: <input type="checkbox"/>		APERTADO: <input type="checkbox"/>		CUTADO: <input type="checkbox"/>
ÓBITO: <input type="checkbox"/>						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EPOLÓGICO, TERAPÉUTICA, COLABORAÇÕES)						
<p>Fractura aberta do antebraço operada feita por Dr. Júlio César de Souza da Silva. Injeção de anestésico local e antibacteriana. A fratura está cirurgicamente encerrada e está com sutura feita.</p>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA:						
DIETA: Líquida						
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Dr. Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina + flogol.						
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Getúlio _____ em 30 dias para retomada Dr. Daniel _____						
DATA: 25/05/16						
CRM: 248 PB						
ASS. MÉDICO / CRM:						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						

SECRETARIA DE  
SAÚDE



## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Medo Médico

Dados para os  
devidos fins que  
o Dr. tenha de  
Ass. Borges, médico  
do Dr. G. K. E.  
CIP (M86), nascido  
e residente em  
Belo Horizonte, Minas  
Gerais, RG 101  
29124-600 e CRM-GO  
conforme consta  
do CRM, desse respeito.

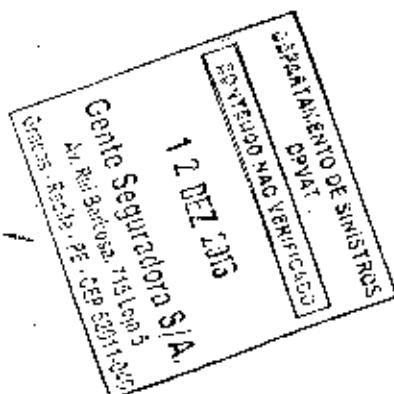
QD.

Dr. G. K. E. !

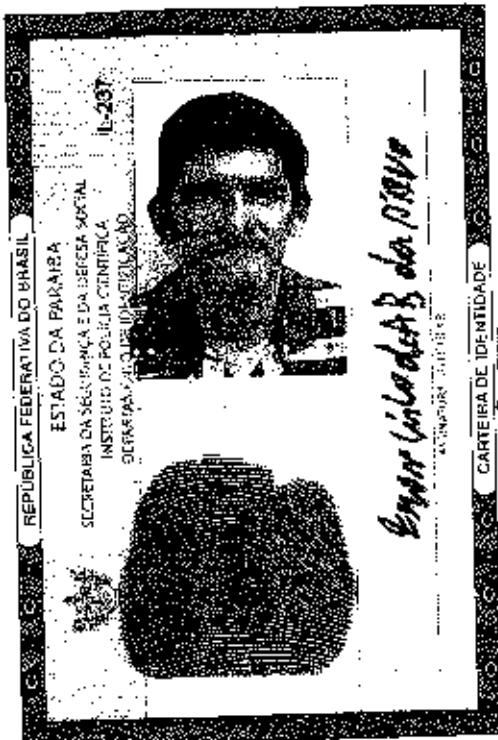
(RG)

21/200

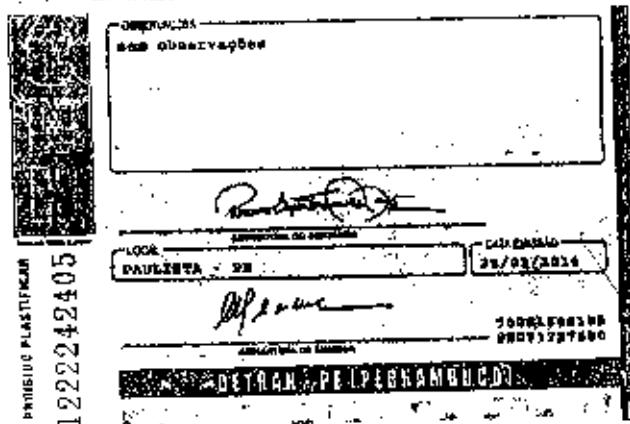
Assinatura e Carimbo



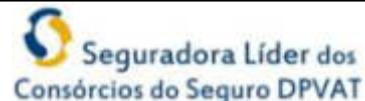
14/10/16



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.047.769 - 2 <sup>a</sup> VIA
	DATA DE EXPEDIÇÃO
19/09/2016	
NOME: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA	
PILHA DO: SEVERINO BORGES DA SILVA ANA MARIA DA CONCEIÇÃO	
NATURALIDADE: SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO 03/06/1974
DOC ORIGEM: CERT. NASC. Nº12484 - LMA-6 - FLS:174 - CARTÓRIO SANTA RITA- PB	
CPF: 000 806 994-27	B+
COMUNICAR: PB	
CARTEIRA DE ESTUDOS	
MATERIAL DE ESTUDO	
12 DEZ. 2016	
CONTROLE DE SINISTROS	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
22 DEZ. 2016 NAS VERSOES	



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170011149      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA      **Data do acidente:** 09/02/2016      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA Perna TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PRA 02/02/2017. DESENVOLVEU SEQUELA CRONICA, PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA- INFECÇÃO CRONICA. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# DECLARAÇÃO



Eu, Francisco de Assis Borges da Silva

RG 1.847.769, CPF 000.805.994-27, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 09/02/2016 fui socorrido por SAMU

e levado ao Hospital ORTOTRUMA - MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

## "Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - "Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado; Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo óra declarado e estou ciente que qualquer informação declarada falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

## Falsidade ideológica:

Art. 299 - "Omitir, em documento público ou particular, declaração que deve devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante;

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Abreu e Lima - Pernambuco Data: 05/12/2016

Francisco de Assis Borges da Silva

Declarante



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ATONOMO  
Identidade: 3.847.769 CPF: 000.805.984-27  
Endereço: LOC BARRA DE GRAMAME S/N  
GRAMAME, CONDE/PB CEP: 58322-000

### PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, N° 200, TIMBO, ABREU E LIMA-PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

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

José Lassar - B, 29/11/2016

Local e data

Francisco de Assis Borges da Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)