



Número: **0800574-74.2020.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **24/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KAIO RIAN LIMA DE FARIAS (AUTOR)	ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO) TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36623 904	13/11/2020 10:04	2765151_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200177437 Vítima: KAIÓ RIAN LIMA DE FARIAS

Data do Acidente: 02/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KAIOS RIAN LIMA DE FARIAS

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 15778669



Pág. 01453/01454 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200177437 Vítima: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

Data do Acidente: 02/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

Informamos que o pagamento da inscrição

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **KAIO RIAN LIMA DE FARIAS**

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000045855-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	714.038.884-93	Kayo Rian Lima de Farias	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF: 714.038.884-93		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Sítio Ipuerá	51/m	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Zona rural	Gaulista	58860 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD): (83)99900-0530		
it.werton@hotmail.com			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 45855 6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: PAULISTA, PB - 05 DE MAIO DE 2020
Nome: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS
CPF: 714.038.884-93

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
X Kayo Rian Lima de Farias
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 123/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 02.02.2020 – pelas 21:20 horas

Local do ocorrido: **PB 293 -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 11:52 Horas

COMUNICANTE: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS - CPF 714.038.884-93/ RG 4.440.979 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, agricultor, nascido em 03.10.2001, filho de Jakson Rebio Monteiro de Farias e de Maria Joelma Lima dos Santos, residente No Sítio Ipueira-Paulista - Pombal-PB, Tel: 83 9 81773999//

HISTÓRICO: Que afirma a comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA CG150 FAÑ ESI – ANO: 2013 – COR VERMELHA – PLACA OFX 9395/PB / CHASSI: 9C2KC1670DR481439, licenciada em nome de Jakson Rebio Monteiro de Farias; Que conduzia a motocicleta quando um animal (cachorro) atravessou a frente provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve fraturas faciais e escoriações; Que foi socorrido por terceiros para o Hospital de Paulista-PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de TARCISIO EWEVERTON PEREIRA OLIVEIRA, CPF 064.153.474-46, residente a Rua Domingos de Medeiros, 115, centro – Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Kayo Rian Lima de Farias

Testemunha: Tarcisio Ewerton Pereira Oliveira

Policial responsável pela lavratura do boletim:


Manoel de Sousa Lucena
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	714.038.884-93	Kayo Rian Lima de Farias	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:
Agricultor	Sítio Ipuirá	714.038.884-93	
Bairro:	Cidade:	Número:	
Zona rural	Gaulista	58860 - 000	
E-mail:	Tel.(DDD): 18399900-0530		
it.werton@hotmail.com			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 45855 6 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: PAJUÍTA, PB - 05 DE MAIO DE 2020
Nome: KAYO RIAN LIMA DE FARIA
CPF: 714.038.884-93

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



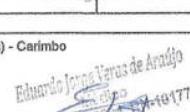
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891

Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 5

PA: 140x90

 HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			Procedimento Serviços Realizados CBO IDADE					
CNES: 2613530 CNPJ: 08.945.727/0001-53 Ficha Número: 79790 NOME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS ENDEREÇO: VIGOLVINO CALIXTO, SN 58.860-000 CIDADE: PAULISTA ESTADO: PARAÍBA UF: 25			Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia					
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO) Paciente: KAIOS RIAN LIMA FARIAZ Mae: MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS Nascimento: 03/10/2001 Idade: 18 Cor: PARD Profissao: ESTUDANTE Endereco: SITIO IPURIRA Num.: S/N Bairro: ZONA RURAL Fone: Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907 CNS: 162-3102-4793-0001 Identidade: 4440979 CPF: Reg. Nas.: Data / Hora: 02/02/2020 23:35:07 21:59 Recepclonista: NAILDA DANTAS 9348			REALIZADOS NA UNIDADE SOLICITADOS					
			MATERIAIS E MEDICAMENTOS HORÁRIO					
			1- SF09 1500 ml c/ 1% 15:00 al 01:00 2- Bifamidexan 25 mg 5ml : 33,60 3- Tepizolax 25 mg 10ml : 37,00 4- Acitoflor 250 mg 10ml : 22,70 5- Lantibacitridio 250 mg 10ml : 22,70 6- 7-					
			Assinatura do(s) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo					
			 CRM-PB-1244-0177					
			Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável					
			POLEGAR DIREITO					
MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME <i>Acidente com moto na noite de ontem dia 01/02/2020. Paciente sente dor no lado esquerdo da barriga. Dor intensa ao tocar. Dor intensa ao tocar.</i> DIAGNÓSTICO <i>Colageno: 15 (22:00h) ECG: 55 (00:30h)</i> <i>Colageno: 52 (23:00h) Cid:</i>			Caracterização Atendimento					
NATUREZA DA CONSULTA <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento <input type="checkbox"/> Consulta com observação <input type="checkbox"/> Consulta ortopédica			TIPO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Urgência/Emergência (com Proc.) <input type="checkbox"/> Primeira consulta <input type="checkbox"/> Consulta Subsequente <input type="checkbox"/> Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade <input type="checkbox"/> Consulta c/ referencia p/ outra unidade					
MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> Prescrita		ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> P/ Observação <input type="checkbox"/> P/ Residência <input type="checkbox"/> P/ Amb. SUS		<input type="checkbox"/> P/ outro Hospital <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros			Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo	



HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PAULISTA - PB

Prontuário:
9348

FICHA DE INTERNAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA CIRÚRGICA

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente KAIQ RIAN LIMA FARIAS

Idade: 18 Sexo M

— Filiação —

Pai: JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS
Mãe: MARIA JOELIMA LIMA DOS SANTOS

— Endereço —

Cidade PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907

Endereço: SITIO IPURIRA

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: POMBAL - PB

N.: S/N

Fone:

— Documentos —

CNS: 162-3102-4793-0001

CPF:

Identidade: 4440979

Reg. Nasc.:

— Informações adicionais —

Nascimento 03/10/2001

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Cor: PARDA

Profissão: ESTUDANTE

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

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: _____

() Curado () Melhorado () Transferido () Evadido () Falecido

Repcionista: KELLY

Médico Responsável



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Kate Rian Lima Farias IDADE: 18 SEXO: ()MASC ()FEM
ENFERMARIA: 03 LEITO: 03 DATA: 02/02/2020 HORA: 02:00

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: () Clínico () Cirúrgico DIH:

3 - EXAMES FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE ligeiro

ESTADO GERAL () Estável () Regular () Comprometido () Grave () Melhorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ()Consciente ()Inconsciente ()Orientado ()Algo Orientado ()Desorientado ()Comatoso ()Torporoso ()Sedado

ASPECTO EMOCIONAL: () Comunicativo ()Cooperativo ()Apático ()Calmo ()Ansioso ()Deprimido ()Agressivo

PADRÃO DE SONO E REPOUSO: ()Satisfatório ()Insônia ()Uso de Medicação

Prejudicado _____

DOR: ()Não ()Sim Local: _____

MOVIMENTAÇÃO: ()Acamado ()Deambula ()Deambula com Auxílio

DÉFICIT MOTOR: ()Não ()Sim, especificar _____

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: ()Sim ()Não

HIDRATAÇÃO: ()Hidratado ()Desidratado ()Anasarca ()Edema Local: _____

COLORAÇÃO DA PELE: ()Normocorado ()Hipocorado ()Ictérico ()Cianótico ()Cianose Central ()Cianose de Externidades ()Hiperemias

CONDICÃO DA PELE: ()Hematoma ()Equimoses ()Celulite ()Lesões, local e descrição: _____

ÚCERA POR PRESSÃO: ()Não ()Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRÍÇÃO	Eritema em pele íntegra, acomete apenas epiderme	Lesão da epiderme/derme. Podendo ou não ter infecção.	Lesão do tec. Subcutâneo, presença ou não de necrose, exudato, infecção.	Perda externa da pele, Destrução e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: _____ bpm ()Eupnélico ()Dispnélico ()Taquipnélico ()Outros _____

Tosse, se sim especificar _____

SUPORTE VENTILATÓRIO: ()NBZ ()Cateter de O2 _____ L/min ()Traqueostomo ()Dreno Tórax ()Máscara de Venturi ()Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg ()Normocárdico ()Bradicárdico ()Taquicárdico

PULSO: ()Cheio ()Filiforme PERFUSÃO PERIFÉRICA: ()Preservada ()Diminuída

ACESSO VENOSO: ()AVC _____ ()AVP _____ ()Outros _____ Venóclise

SISTEMA GASTRINTESTINAL:

NUTRIÇÃO: ()Nutrido ()Obeso ()Emagrecido ()Caquético

ALIMENTAÇÃO: ()Oral ()Zero ()SNG/SNE, dias: _____ ()Gastrostomia ()Ileostomia ()Jejunostomia

DIETA: ()Livre ()Líquida ()Branca ()Pastosa ()Hipossódica ()DM ()Outros _____

ACEITAÇÃO: ()Satisfatória ()Pouca aceitação ()Recusa _____

ABDOMEN: ()Flácido ()Piano ()Globoso ()Distendido ()Ascítico ()Escavado ()Gávidico ()Doloroso _____

()RHA+ ()RHA- ()RHA ausentes () Meteorismos

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ()Presentes nas últimas 24h: _____ dias ()Constipação _____ dias ()Sólidas ()Pastosas ()Líquidas, nº de episódios _____ ()Colostomia ()Meleia ()Outros _____

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: ()Espontânea ()Retenção ()Incontinência ()SVD, dias: _____ ()Irrigação ()Cistostomia ()Uso de Fraldas

ASPECTO: ()LIMPIDO ()Concentrado ()Colúrico ()Piúrico ()Hemático ()Outros _____

UME: ()Normal ()Políuria ()Polaciúria ()Oligúria ()Anúria ()Nictúria



Evolução de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

Enfermeiro/COREN

Evolução de Enfermagem - Intercorrências Noturnas

02/03/2020 - 22:00 - Paciente admitido trazido por populares, vítima de acidente de moto, apresentando escoriações e lacerações pelo corpo, maior edema em regiões periorbitárias. Consequentemente queixas de dor pelo corpo. Realizada sutura. Medicado CRM.

03/03/2020 - 01:30 - Avenida-se à Unidade para realizar TC de crânio, em Bembal - PB.

03/03/2020 - Retorno à Unidade, aguardando resultado da Tomografia.

03/03/2020 - 06:00 - Admitido para informamento. Segue aguardando laudo da tomografia.

S. Oliveira
Enfermeira
CRM-2009

Enfermeiro/COREN

Controle de Procedimentos de Enfermagem

HORA	06:00					
TEMP °C						
PULSO/BPM						
R/IRPM						
P.A/mmHg	110 x 60					
HGT/MG/dL	146					
DIURESE						
DRENO						
OUTROS						
ASSINATURA	Catarina					

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Diurnas

Téc. de Enfermagem/COREN

Relatório de Enfermagem - Intercorrências Noturnas

Paciente homem, de entrada na Unidade trazido p/ populares, vítima de acidente de moto, apresentava escoriações p/ corpo e sangramento tecidual + edema em regiões periorbitárias (TCCE). Realizado TC, aguarda laudo.

Gisaribé Pereira
Téc. de Enfermagem/COREN





SUS

Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA
COMPLEXIDADE - APAC****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

01. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE:	02. CNES:
---	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

03. NOME DO PACIENTE: <i>Kau Rian Laima Faria</i>	04. Nº. DO PRONTUÁRIO:		
05. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	06. DATA DE NASCIMENTO:	07. SEXO:	08. RACA/COR:
09. NOME DA MÃE:	/ /	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
11. NOME DO RESPONSÁVEL:	10. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO:		
13. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	12. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO:		
14. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	15. CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:	16. UF:	17. CEP:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	19. NOME DO PROCEDIMENTO: <i>Avaliações do Neurologista</i>	20. QTDE:
21. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	22. NOME DO PROCEDIMENTO: <i>Avaliações do Bucos-máximo</i>	23. QTDE:
24. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	25. NOME DO PROCEDIMENTO:	26. QTDE:
27. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	28. NOME DO PROCEDIMENTO:	29. QTDE:

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

30. DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:	31. CID10 PRINCIPAL:	32. CID10 SECUNDÁRIO:	33. CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
34. RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO:			

35. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: <i>TC crânio - encefálica = ① Fraturas nas paredes anteriores e laterais do Seio maxilar direito. ② Traços de fratura no Arco zigomático Direito ③ Ecografia periorbitária ④ Hematoma Sub Galeal Fronto-Parietal à direito</i>
36. JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: <i>② Traços de fratura no Arco zigomático Direito ③ Ecografia periorbitária ④ Hematoma Sub Galeal Fronto-Parietal à direito</i>

SOLICITAÇÃO

37. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>Mario Sant'ana Pereira Carneiro</i>	38. DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>03/02/2020</i>	39. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): <i>Dr. M. Sant'ana Pereira Carneiro CRM-PB 2043</i>
40. DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	41. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>70106009183840645</i>	

AUTORIZAÇÃO

42. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	43. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:	44. Nº. DA AUTORIZAÇÃO (AC):
45. DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO:	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO):	49. PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:
/ /		/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUNTANTE)

Nº DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUNTANTE: _____ DE ANOS: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000045855-6

Nr. da Autenticação 1C2F89A29D10ED4C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 11



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAE².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e pensionismo.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no art. 1º, inciso II, da LDO.

Pelo exposto, eu TARSO EUNERTON P. OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.153.474-46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAYO KIAN LIMA DE FARIAZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.038.884-93, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KAYO KIAN LIMA DE FARIAZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.038.884-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

X Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da Lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sancção penal prevista no art. 389 do Código Penal.

Endereço	Rua Domingos de MEDEIROS	Número	115	Complemento	APT. 103
Bairro	CENTRO	Cidade	POMBAL	Estado	PE
Email	TENENCIONQUINTA@Z.CPNJ	Telefone comercial(DDD)	—	Telefone celular (DDD)	(82) 00000-0000

PROLISTA-PB, 05 de maio de 2020

Local & Data

Tarso Ezequiel PEREIRA Siverio

Assinatura do Declarante



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

LAUDO

O paciente Koyr Rion da
Fonseca compareceu nessa Uni-
da Hospital em 03/02/20,
vítima de acidente
motociclistico segundo reto-
tado pelo mesmo. Consta-
ção em 18cm da impon-
tatura da cicatriz direita,
porém nem doloroso e
sem repercussões clínicas,
sendo este o o tratamento
mento comprovada.

12/02/20

Data

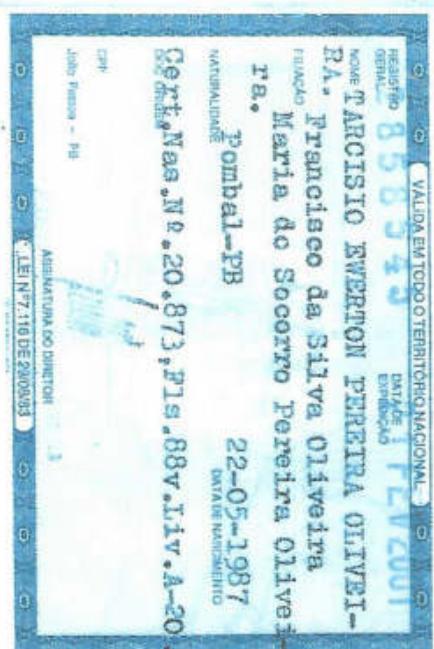
Médico





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
 Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS A ALUMOTORES DE VIA TERRESTRE (O) - POR SUA CARGA APENAS TRANSPORTADAS OU NÃO "SEGURADO DPVAT"	
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA: CÓD. RENAVAM: RBT: 20172200005809 1 0053618890-4 00/00000000 2		PB Nº 013747023931 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIA PLACA: 66021480449 OFX9395/B NOVO PB 9C2KC1670DR481439 HONDA/CG 150 FAN ESI 2 P/149 /CI PARTIC VERMELHO IPVA PAGO EM: 00/00/0000 PAULISTA/PB 31623 ***** SEGURO PAGO 27/07/2017 SEM RESERVA DE DOMÍNIO 0 PAULISTA-PB LOCAL: 05/09/2017 31623		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
		EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 05/09/2017 VIAS: 66021480449 CPF / CNPJ: OFX9395/PB 00536188904 HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAR: 2013 QUITANTE: 9 N° CHASSI: 9C2KC1670DR481439 PRÉMIO TARIFÁRIO: FNG (R\$) DEN/GRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** ***** ***** CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$) ***** ***** ***** SEGURO PAGO PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DEQUITAÇÃO: 27/07/2017 SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.246.609/0001-04 31054-1110539-20170905	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177437 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: KAIOLIAN LIMA DE FARIAS Data do acidente: 02/02/2020 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E FRATURA DO MAXILAR E ZIGOMA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 18

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Kayo Rian Lima de Farias*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *ABRICUTOR*, residente e domiciliado à Rua *Sítio Impéria*, nº *S/N*, bairro *ZONA LIVEL*, Município de *Pavimenta*, Estado de(o) *PARAÍBA*, Cep.: *58.860-000*, portador(a) do RG nº *4.440.979*, SSP/PE e CPF nº *714.038.884-93*.

Outorgado: *Jairinho Eneilton Pereira Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *CASADO*, profissão *ADVOGADO*, residente e domiciliado(a) à Rua *Domingos de Medeiros*, nº *115*, bairro *CENTRO*, Município de *Pombal*, Estado de (o) *PARAÍBA*, Cep.: *58.840-000*, portador (a) do RG nº *2858545*, SSP/ *PB* e CPF nº *064.153.474-46*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *KAYO RIAN LIMA DE FARIA*, ocorrido em *02/01/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

POMBAL - PB, *20*, de *FEVEREIRO* de 2020.

Kayo Rian Lima de Farias
Outorgante
CPF Nº *714.038.884-93*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de KAYO RIAN LIMA DE FARIA. Em test. da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 20/02/2020.

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AVN34235-7PWPF
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,89 FARFEN: R\$ 0,28 FEP: R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: *Kayo Rian Lima de Farias*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *ABRICUTOR*, residente e domiciliado à Rua *Sítio Impéria*, nº *S/N*, bairro *ZONA LIVEL*, Município de *Pavimenta*, Estado de(o) *PARAÍBA*, Cep.: *58.860-000*, portador(a) do RG nº *4.440.979*, SSP/PE e CPF nº *714.038.884-93*.

Outorgado: *Jairinho Eneilton Pereira Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *CASADO*, profissão *ADVOGADO*, residente e domiciliado(a) à Rua *Domingos de Medeiros*, nº *115*, bairro *CENTRO*, Município de *Pombal*, Estado de (o) *PARAÍBA*, Cep.: *58.840-000*, portador (a) do RG nº *2858545*, SSP/ *PB* e CPF nº *064.153.474-46*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *KAYO RIAN LIMA DE FARIA*, ocorrido em *02/01/2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Pombal - PB, *20*, de *Fevereiro* de 2020.

Kayo Rian Lima de Farias
Outorgante
CPF Nº *714.038.884-93*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de KAYO RIAN LIMA DE FARIA. Em test. da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 20/02/2020.

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AVN34235-7PWF
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,89 FARFEN: R\$ 0,28 FEP: R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

Vítima: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 05/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 21

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138675/20

Vítima: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIO RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 14/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 22

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

Vítima: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

CPF: 714.038.884-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2020

Titular do CPF: KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

KAIQ RIAN LIMA DE FARIAS : 714.038.884-93

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: 05/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:04:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310042956700000034960891>
Número do documento: 20111310042956700000034960891

Num. 36623904 - Pág. 23