



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	<a href="#">2765151_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177437

Vítima: KAIO 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), KAIO 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15778669





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

**Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200177437**

**Vítima: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS**

**Data do Acidente: 02/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), KAIO RIAN LIMA DE FARIAS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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 à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
Kayo Rian Lima de Farias	714.038.884-93
Profissão:	Número:
Agricultor	5/n
Endereço:	Complemento:
Sítio Ipueira	
Bairro:	Cidade:
Zona rural	Paulista
E-mail:	Estado:
itueriton@hotmail.com	PB
	CEP:
	58860-000
	Tel.(DDD):
	(83)99900-0530

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

**RENDA 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 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 45855 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

**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 Líder 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

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**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | 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 Nº 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 EWEVERTON 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: 714.038.884-93 Nome completo da vítima: 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: Kayo Rian Lima de Farias CPF: 714.038.884-93  
Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Ipueira Número: 5/n Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Zona rural Cidade: Paulista Estado: PB CEP: 58860-000  
E-mail: it.werton@hotmail.com Tel.(DDD): (83)99900-0930

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

**REDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 45855 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 Líder 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: Paulista, PB - 05 DE MAIO DE 2020  
Nome: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS  
CPF: 714.038.884-93

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Kayo Rian Lima de Farias  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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





PA: 140x90

 <b>HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>				<b>Serviços Realizados</b> <b>Procedimento</b>		<b>CBO</b>		<b>IDADE</b>																	
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:	PARAIBA	UF:		25																			
Atendimento:	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)																								
Paciente:	KAIO RIAN LIMA FARIAS																								
Mae:	MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS																								
Nascimento:	03/10/2001	Idade:	18	Cor:	PARDA	Sexo:	M																		
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. Nasc.:																					
Data / Hora:	02/02/2020 23:35:07 21:59			Recepcionista:		NAILDA DANTAS		9348																	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME</b> <p><i>Acidente de trânsito de moto, vítima de colisão com poste de iluminação pública, resultando em lesões físicas e psicológicas. Atendimento com suporte psicológico e encaminhamento para tratamento especializado.</i></p>																									
<b>DIAGNÓSTICO</b> <p><i>Lesão física e psicológica.</i></p>																									
<b>Caracterização Atendimento</b> <table border="0"> <tr> <td> <b>NATUREZA DA CONSULTA</b>  <input type="checkbox"/> Consulta simples  <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento  <input type="checkbox"/> Consulta com observação  <input type="checkbox"/> Consulta ortopédica </td> <td> <b>TIPO DE ATENDIMENTO</b>  <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 </td> </tr> </table>										<b>NATUREZA DA CONSULTA</b> <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento <input type="checkbox"/> Consulta com observação <input type="checkbox"/> Consulta ortopédica	<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> <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														
<b>NATUREZA DA CONSULTA</b> <input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta com medicamento <input type="checkbox"/> Consulta com observação <input type="checkbox"/> Consulta ortopédica	<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> <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																								
<b>MEDICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Prescrita		<b>ENCAMINHAMENTO</b> <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																							
<b>Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia</b> <b>REALIZADOS NA UNIDADE</b>				<b>SOLICITADOS</b>																					
<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS</b>																									
<table border="0"> <tr> <th></th> <th>HORÁRIO</th> </tr> <tr> <td>1 - SF09 1/2 - 1500ml cl. A</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>2 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>3 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>4 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>5 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>6 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> <tr> <td>7 - Sulfamidas 250mg - 12h</td> <td>32:00</td> </tr> </table>											HORÁRIO	1 - SF09 1/2 - 1500ml cl. A	32:00	2 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00	3 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00	4 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00	5 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00	6 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00	7 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00
	HORÁRIO																								
1 - SF09 1/2 - 1500ml cl. A	32:00																								
2 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
3 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
4 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
5 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
6 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
7 - Sulfamidas 250mg - 12h	32:00																								
<b>Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo</b> <p><i>Eduardo Jorge Vargas de Araújo</i> CRM: PB-12.474-19177</p>																									
<b>Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável</b>																									
<b>POLEGAR DIREITO</b>																									
<b>A cargo do SUS</b>																									
<b>Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo</b>																									
<b>Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo</b>																									





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: KAIO RIAN LIMA FARIAS

Idade: 18 Sexo M

Filiação

Pai: JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS

Mãe: MARIA JOELMA LIMA DOS SANTOS

Endereço

Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907

Endereço: SÍTIO IPURIRA

N.: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: POMBAL - PB

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 aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

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

Recepcionista: KELLY

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável







PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA  
HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1-IDENTIFICAÇÃO

NOME: Kaio Rian Lima Farias IDADE: 18 SEXO: ( ) MASC (x) FEM  
ENFERMARIA: 03 LEITO: 01 DATA: 02 / 02 / 2020 HORA: 02:00

2 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO: (x) Clínico ( ) Cirúrgico DIH: \_\_\_\_\_

3 - EXAMES FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE leve

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

SISTEMA NEUROLÓGICO:

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

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

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

Prejudicado \_\_\_\_\_

DOR: (x) Não ( ) Sim Local: \_\_\_\_\_

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

DÉFICIT MOTOR: (x) Não ( ) Sim, especificar \_\_\_\_\_

SISTEMA TEGUMENTAR:

HIGIENE: Preservada: (x) Sim ( ) Não

HIDRATAÇÃO: (x) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca ( ) Edema Local: \_\_\_\_\_

COLORAÇÃO DA PELE: (x) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ) Cianose Central ( ) Cianose de Extremidades ( ) Hiperemia

CONDIÇÃO DA PELE: ( ) Hematoma ( ) Equimoses ( ) Celulite ( ) Lesões, local e descrição: \_\_\_\_\_

ÚCERA POR PRESSÃO: (x) Não ( ) Sim

ESTÁGIO	I	II	III	IV
DESCRIÇÃO	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, destruição e necrose, lesão de músculo ou osso.
LOCAL				

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO: FR: \_\_\_\_\_ Irpm (x) Eupnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Outros \_\_\_\_\_

Tosse, se sim especificar \_\_\_\_\_

SUORTE VENTILATÓRIO ( ) NBZ ( ) Cateter de O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min ( ) Traqueostomia ( ) Dreno Tórax ( ) Máscara de Venturi ( ) Máscara com Reservatório.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg (x) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico

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

ACESSO VENOSO: ( ) AVC (x) AVP ( ) Outros \_\_\_\_\_ Venoclise

SISTEMA GASTROINTESTINAL:

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

ALIMENTAÇÃO: (x) Oral ( ) Zero ( ) SNG/SNE, dias \_\_\_\_\_ ( ) Gastrostomia ( ) Ileostomia ( ) Jejunostomia

DIETA: (x) Livre ( ) Líquida ( ) Branca ( ) Pastosa ( ) Hipossódica ( ) DM ( ) Outros \_\_\_\_\_

ACEITAÇÃO: (x) Satisfatória ( ) Pouca aceitação ( ) Recusa \_\_\_\_\_

ABDOMEN: (x) Flácido ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Ascítico ( ) Escavado ( ) Gávidico ( ) Doloroso \_\_\_\_\_

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

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (x) Presentes nas Últimas 24h ( ) Constipação \_\_\_\_\_ dias ( ) Sólidas ( ) Pastosas ( ) Líquidas, nº de episódios \_\_\_\_\_ ( ) Colostomia ( ) Melena ( ) Outros \_\_\_\_\_

SISTEMA GENITURINÁRIO:

DIURESE: (x) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) SVD, dias \_\_\_\_\_ ( ) Irrigação ( ) Cistotomia ( ) Uso de Fraldas

ASPECTO: (x) LÍMPIDO ( ) Concentrado ( ) Colúrico ( ) Piúrico ( ) Hemático ( ) Outros \_\_\_\_\_

--- UME: (x) Normal ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Nictúria



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS DIURNAS

---

---

---

---

---

---

---

---

Enfermeiro/COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - INTERCORRÊNCIAS NOTURNAS

02/02/2020 - 22:00 - Paciente admitido trazido por populares, vítima de acidente de moto, apresentando lesões e lacerações pelo corpo mais edema em região periorbitária. Condição grave. Queixas de dor pelo corpo. Realizada sutura medicada CRM. *[assinatura]*

03/02/2020 - 01:30 - Ausente da Unidade para realizar TC de crânio em Bomal - PB. *[assinatura]*

03/02/2020 - Retorno à Unidade, aguardando laudo da Tomografia. *[assinatura]*

03/02/2020 - 06:00 - Admitido para internamento. Segue aguardando laudo da Tomografia. *[assinatura]*

Enfermeira  
CO-001123-2019

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 jovem deu entrada na Unidade trazido por populares vítima de acidente de moto, apresentando lesões e lacerações pelo corpo e lacerações tissiduais + edema em região periorbitária (TCE). Realizado TC aguarda laudo.

*[assinatura]*  
Téc. de Enfermagem/COREN





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

01. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

02. CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

03. NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

04. Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

05. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): \_\_\_\_\_

06. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

07. SEXO: \_\_\_\_\_

08. RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

☐ MASC. ☐ FEM.

09. NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

10. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_

11. NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

12. DDD E Nº. TELEFONE DE CONTATO: \_\_\_\_\_

13. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): \_\_\_\_\_

14. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

15. CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

16. UF: \_\_\_\_\_

17. CEP: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

18. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

19. NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

20. QTDE: \_\_\_\_\_

21. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

22. NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

TC crânio - encefálica =

① Fratura nas paredes anterior e lateral do seio maxilar direito.

36. JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

② Traços de fratura no arco zigomático direito  
③ Empuxão peri-orbitário  
④ Hematoma subgaleal fronto-parietal à direita**SOLICITAÇÃO**

37. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

38. DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

39. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_

40. DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

41. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

Dr.ª Mariana Pereira Carneiro  
CRM - PB 2043

( ) CNS ( ) CPF

7000600983840645

**AUTORIZAÇÃO**

42. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

43. COD. ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

44. Nº. DA AUTORIZAÇÃO (APAC): \_\_\_\_\_

45. DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

46. Nº. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

47. DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_

49. PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_



# 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: KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000045855-6

---

---

Nr. da Autenticação 1C2F89A29D10ED4C





UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/1050517-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00010505170

25/03/2020

CONSUMO 180kWh

<b>FATURAS EM ATRASO</b>	
Fev20	R\$97,45

Few20	R\$97,45
-------	----------

CC1 Código de Classificação do Item	TOTAL	82,78	0,00	0,00	101,73	0,00	4,51
Taxa de Tributos							
0414510							

<b>META</b>	<b>SEMANAL</b>	<b>APURADO TRIMEST.</b>	<b>ANUAL</b>	<b>LÍMITE DE TENSÃO (%)</b>
Haver que o cliente focar em energia - 0%	12,74	12,74	49,96	NOVA
Vizões que o cliente e os seus amigos - 0%	6,45	6,45	30,39	CONTRATADA
Dados, análise e informações sobre desempenho jurídico TAM - 0%	5,00	5,00	15,15	LÍMITE INFERIOR
Burocracia e eficiência da administração - 0%	18,80	18,80		LÍMITE SUPERIOR
<b>AVALIAÇÃO</b>				

**REANIMADE VENCIMENTO** Caso a(s) fatala(s) se(m) referir(m) a(s) premiação em atraso, o beneficiário poderá ser surpreendido a partir de 03/04/2007. Conforme Resolução nº 414 da ANEEL, o pagamento após essa data será automaticamente devido e não poderá ser objeto de recurso administrativo. O pagamento após essa data da fatala(s) não será considerado e não poderá ser objeto de recurso administrativo. Caso já tenha efetuado o pagamento e não tenha sido em anuidade, o beneficiário deverá apresentar a fatala(s) no prazo de 05 dias úteis a partir da data de vencimento. Subseqüente ao TAC nº 089/13-03-00, 58, 59 e 60 do ICMS.





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 221206 (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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TARÍSIO EVERTON 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 FARIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 714.038.884, 93, do sinistro de DPVAT cobertura INVOQUE da Vítima KAYO KIAN LIMA DE FARIAS, 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:

☒ Recuso informar

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

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Domingos de MEDEIROS</u>		Número	<u>115</u>	Complemento	<u>APT. 103</u>		
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>POMBAL</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58.840-000</u>	
Email	<u>TENERTON94@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>—</u>			Telefone celular (DDD)	<u>183)99900 0530</u>

POMBAL-PB, 05 de MAIO de 2020  
Local e Data

TARÍSIO EVERTON PEREIRA OLIVEIRA  
Assinatura do Declarante

FL 001 000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000







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

Receituário Simples

LAUDO

O paciente Kory Rion da  
Farias compareceu nesta Uni-  
de Hospitalar em 03/02/20,  
último de paciente  
motociclístico quando refo-  
to do ple esquerdo. Conto-  
tena em item de imagem,  
potura da zígoma direito,  
sem deslocamento e  
sem repercussões clínicas,  
sendo apto do e trata-  
mento conservador.

12, 02, 20  
Data

Médico



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**ESTADO DA PARAIBA**

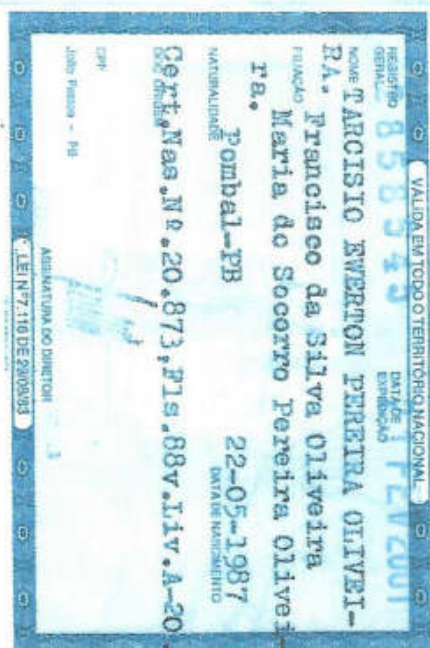
SOCIEDADE DE LINGUAGEM E DA URBES TOTAL  
INSTITUTO IN-PAULISTA CENTRINA  
IDENTIFICANDO IDENTIFICAÇÃO

P-900n

**KAYO Bitt Lima de Farias**

CARTERA DE IDENTIDADE







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 0137470231	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. DE REGISTRO	20172200005808	
1	0053618890-4	00/00000000	2
JAKSON REBIO MONTEIRO DE FARIAS			
66021480449		OFX9395/PB	
NOVO	PB	9C2KC1670DR481439	
PAS/MOTOCICLE/150			
HONDA/CG 150 FAN ESI			
2	P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA
IPVA PAGO EM		00/00/0000	
*****		0	
PREMIO TARIFARIO		*****	
*****		0	
SEGURO		P A G O	
SEM RESERVA DE DOMINIO		27/07/2017	
PAULISTA - PB		05/09/2017	
31623		31	

PB Nº 013747023931		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		05/09/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	66021480449	OFX9395/PB	
00536188904		HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB	QNTD	Nº CHASSI	
2013	9	9C2KC1670DR481439	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PIS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DPVAT (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)	
*****	*****	*****	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA		27/07/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
31054-1110539-20170905			



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200177437 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KAIO RIAN 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 cranio-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



## PROCURAÇÃO

Outorgante: KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua SÍTIA IMPVEIRA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de POMBAL, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.440.979, SSP/PB e CPF nº 714.038.884-93.

Outorgado: TARCISO EVERTON 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) PARAIBA, 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 FARIAS, ocorrido em 02.10.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INURBES.

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 FARIAS. Em test. da verdade. Dou fé.  
POMBAL-PB, 20/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AV/34235-7PWF  
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUO R\$: 11,89 FAREN R\$: 0,29 FEP R\$: 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroga  
Tabelião Substituto





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** KAYO RIAN LIMA DE FARIAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua SÍTIA IMPVEIRA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de POMBAL, Estado de(o) PARAIBA, Cep: 58.860-000, portador(a) do Rg nº 4.440.979, SSP/PB e CPF nº 714.038.884-93.

**Outorgado:** TARCISO EVERTON 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) PARAIBA, 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 FARIAS, ocorrido em 02.10.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INURBES.

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.

X 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 FARIAS. Em test. da verdade. Dou fé.  
POMBAL-PB, 20/02/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AV/34235-7PWF  
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUO R\$: 11,89 FAREN R\$: 0,29 FEP R\$: 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroga  
Tabelião Substituto



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

**Vítima:** KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

**CPF:** 714.038.884-93

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2020

**Titular do CPF:** KAIO 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

#### 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](http://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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138675/20

**Vítima:** KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

**CPF:** 714.038.884-93

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2020

**Titular do CPF:** KAIO 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](http://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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129564/20

**Vítima:** KAIO RIAN LIMA DE FARIAS

**CPF:** 714.038.884-93

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2020

**Titular do CPF:** KAIO 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

#### 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](http://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

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

