

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, 05 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200100791**

**Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE**

**Data do Acidente: 12/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE**

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



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, 12 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200100791**

**Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE**

**Data do Acidente: 12/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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\$ 6.750,00

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 médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000000759-5

Conta: 000010050929-0

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <b>049.343.794-01</b>	4 - Nome completo da vítima: <b>RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE</b>											
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012														
5 - Nome completo: <b>RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE</b>		6 - CPF: <b>049.343.794-01</b>		DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR										
7 - Profissão: <b>RECUSOU</b>		8 - Endereço: <b>NUCLEO HABITACIONAL III</b>												
11 - Bairro: <b>ÁREA RURAL</b>		12 - Cidade: <b>SÃO GONÇALO</b>												
15 - E-mail: <b>VANDINHO.DPVAT@gmail.com</b>		13 - Estado: <b>PB</b>												
16 - Tel.(DDD): <b>83/99173-1754</b>		14 - CEP: <b>58814-000</b>												
17 - Nome completo do Representante Legal:														
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:												
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).														
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:														
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00														
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)												
<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 checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____												
AGÊNCIA: <b>0759</b>   CONTA: <b>50.929</b>   Dígito: <b>9</b>		AGÊNCIA: _____   CONTA: _____   Dígito: _____												
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)												
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE														
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.														
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.														
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE														
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:										
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:									
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos:      Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:      Falecidos:		33 - 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.														
<b>NÃO ALFABETIZADO</b> 34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado					35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)					38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha 39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, <b>SOUSA - P.B, 04 DE Maio de 2020</b>					41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)					43 - Assinatura do Procurador (se houver)				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)														

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Boletim de Ocorrência nº. 565/2018

Aos Vinte e Três dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOUSA/PB, na 2<sup>a</sup> Delegacia Distrital de Polícia Civil (Cartório Titular), sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO CLAUDIO BESERRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) do seu cargo, ai, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE**, conhecido(a) por **RAIMUNDO**, Identidade nº 5256434-  
SSP-PB, CPF nº 049343794-01, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: tecnico  
telecomunicações, filho(a) de Raimundo Dos Anjos Leite E Maira Ercilia Dos Santos Leite,  
natural de Sousa/PB, nascido(a) em 23/06/1983 (35 anos de idade), do sexo masculino,  
residente e domiciliado(a) no(a) Nucleo II, São Gonçalo, tendo como ponto de referência:  
, na cidade de SOUSA/PB, fone(s) para contato: 99144-2211.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/ registrar/ informar/ noticiar conforme segue:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO-LESÃO;  
**2) data do fato:** 12/08/2018;  
**3) Horário do fato:** 22h:00min;  
**4) Local do fato:** Sousa/PB.

**5) Breve resumo do fato:**

Que no dia e hora citados conduzia sua moto quando ao transitar na BR 230 nesta cidade quando perdeu o controle da moto em uma valeta vindo a cair ao solo; Que foi socorrido por um popular para o hospital regional desta cidade; Que devido aos ferimentos foi transferido para o hospital da cidade de PAPOS; Que sofreu escoriações pelo corpo além de fratura na face; Que comparece a esta delegacia para comunicar o fato.

## OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

DADOS DA MOTO: HONDA BIZ 125 EX, ANO/MOD 2012/2013, COR BRANCA, PLACA NPW 8151/PB, CHASSI 9C2J3C4830DR014286, registrado em nome do comunicante.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevâ(o) que dirigei.

RATIMUNDO DOS SANTOS | ETIE

© 2009 SAGE

Escrivā(o)/Agente  
Matrícula nº 168.611-9

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <b>RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE</b>	

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

5 - Nome completo: <b>RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE</b>	6 - CPF: <b>049.343.794-01</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSOU</b>	8 - Endereço: <b>NUCLEO HABITACIONAL III</b>	9 - Número: <b></b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>ÁREA RURAL</b>	12 - Cidade: <b>SÃO GONÇALO</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58814-000</b>
15 - E-mail: <b>VANDINHO.DPVAT@gmail.com</b>	16 - Tel.(DDD): <b>83/99173-1754</b>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **0759**

CONTA: **50.929**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **SOUSA - P.B, 04 DE maio de 2020**

**Raimundo dos Santos Leite**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Fora das Linhas Minhas

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

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

CLIENTE: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00759-5

CONTA: 000010050929-0

---

Nr. da Autenticação E5348FE0B03E67A3

Luzes VONOFASCO  
Cleber RUR MTC 807 RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Ribeirão 2 - 194 - 547 - 3240  
Referência: 201/2020  
Emissão: 14/01/2020

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
E-200, Km 26 - Centro Residencial Jardim Paraíba / PB - CEP 58010-800  
CNPJ 09.096.797/0001-40 - Insc. Est. 16.019.625-0  
Agência: Centro de Energia Elétrica N° 0000245-7  
Cód. para Dá Automação: 00003797188

Atendimento ao Cliente ENERGIA 0800 083 0136

Conta referente:	Jan / 2020	Data da leitura:	14/01/2020	Data referência da prox. leitura:	12/02/2020	CPF / CNPJ / RAM:
------------------	------------	------------------	------------	-----------------------------------	------------	-------------------

Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso, podemos negociar e para você começar o ano novo numa boa!

Indicação	Atividade	Consumo	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura					
12/12/19	2804	14/01/20	2805					
				1				
				282				
				32				
CDI - Descrição	Quantidade	Tarifa/	Vl. Base Cdg.	Aq.	ICMS	Vl. Base Cdg.	Pd(RB)	CHP(RB)
		Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS						
0801 Consumo em kWh	292.270,143200	119,04	0,00	0	0,00	119,04	1,14	5,29
0801 Aqdc. B. Amarelo		2,72	0,00	0	0,00	2,72	0,04	0,17
0810 Subsídio	39,32	0,00	0	0,00	39,32	0,36	1,61	
0804 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804 JUROS DE MORA 1/12/19		1,85	0,00	0	0,00	0,05	0,01	0,00
0805 MULTA 1/12/19		3,88	0,00	0	0,00	0,00	0,02	0,00
0808 PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/12		75,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 1M/2019		0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
2906 Devolução Subsídio	-34,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL =  
Tarifa e Tributos: 0,414810 201,99 0,00 0,00 195,08 1,54 7,12

221

21/01/2020

R\$ 201,89

199 | 184 | 144 | 128 | 133 | 281 | 374 | 248 | 255 | 309 | 228 | 274  
JAN19 Fev19 Mar19 Abr19 Maio19 Jun19 Jul19 Ago19 Set19 Out19 Nov19 Dez19

1fa4.Daba.25eb.b636.76a7.8421.41a3.debb

#### Indicadores de Qualidade

LIMITES ANEEL	Aproximação	Comitê de definição (V)
DCM MENSAL	12,55	1,81
DCI TRIMESTRAL	24,71	
DCARMA	48,42	NOVANA... 230
FC MENSAL	12,87	
FCI TRIMESTRAL	15,94	ODIRITRATOR...
FI CIRANAL	31,29	LIMITES INFERIOR 232
DMC	6,79	LIMITES SUPERIOR 231
DCR	16,89	1,81

#### Composição do Valor

Discriminação	Valor (R\$)	%
201,99 reais de energia R\$	201,99	100,00
201,99 reais de impostos	0,00	0,00
serviço de fornecimento	0,00	0,00
serviços de 12 meses	0,00	0,00
07/2019 a 06/2020 E-12/19	0,00	0,00
Guia de Serviço	0,00	0,00
Total	201,99	100,00

Valor do EUB (Ref.: 11/2019) R\$ 24,44

- Faturas Anteriores Faturadas, conforme contrato 1/01/19  
Subvenção DCI 7.881/19 R\$ 34,29  
Imundizado (CMB) conforme Declaração Eletrônica RA-32.73

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 02624.912008 10888.937173 1.81410000020189

PAGADOR: MIRELE ANGELO DA SILVA - CPF/CNPJ: 288.054.204-20  
LOC: NUCLEO 1391/NIC: 004 - ÁREA RURAL - LADÔ DONALDO / PB CEP: 58014000

Notebook	Nº Documento	Valor do Documento	Valor da Taxa
38249120010568937	00003787 700200	R\$ 201,99	

REMESSARIO: ENTREGUE PRAZO, DATA: 2020-01-27 23:00:00Z/2020-01-27 23:00:00Z  
> 377, KM 25 - Chácara Redonda - João Pessoa / PB - CEP 58011-000  
Agencia / Código do beneficiario: 3064-3/2447-3





EVANDRO CASSIANO FERREIRA  
R ESTER FERNANDES OLIVEIRA 76  
JARDIM SORRILANDIA I  
58805-010 SOUSA PB

Pague sua conta e outras serviços:  
No App Minha Claro  
Na internet: [minhadclaro.com.br](http://minhadclaro.com.br)  
Pelo celular: \*105#  
No Atendimento Claro: 1052  
Para fatura em braille, ligue: 1052  
Para deficientes auditivos, ligue: 08000362773

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$ 39,99	
2. Outros Lançamentos	R\$ 41,82	
Total	R\$ 81,81	

Período de Uso	Vencimento	
de 19/11/2019 a 18/12/2019	15/01/2020	
Valor pago na última conta: R\$ 62,99		
1. Plano Contratado	83 99173 1754	Valor: R\$ 49,99
Oferta Conjunta Claro Móvel Aplicativos Digitais Claro Controle 3GB + Minutos Ilimitados (150) Desconto de relacionamento		-10,00
Serviços Inclusos no seu Plano Pacote de Dados Controle 3GB		
<b>Sub Total - Plano Contratado</b>		<b>R\$ 39,99</b>
3. Outros Lançamentos		
Débitos Anteriores - Ref: 12/2019		39,99
Juros e Multa		1,83
<b>Sub Total - Outros Lançamentos</b>		<b>R\$ 41,82</b>
<b>Total a Pagar</b>		<b>R\$ 81,81</b>

#### Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.  
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos dias e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Comissões para o IUST e IANTEL (1% e 0,5% do valor das transações não repassadas ao cliente). Central de Atendimento da Anatel: 1051 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Introdução Mecânica:

Faça uso da barra



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
EVANDRO CASSIANO FERREIRA	10054514	19/11/19 a 18/12/19	R\$ 81,81	15/01/20

84800000000-6 | 81810221202-7 | 00115100554-9 | 51403028122-0

Antes de usar o Boleto, informe ao seu banco que deseja receber o dinheiro diretamente na sua conta bancária, para que ele descreva o código da fatura.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?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, entretanto, 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, ALERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS INCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu **EVANDRO CASSIANO FERREIRA**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **088.202.764-61**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**RAIMUNDO DOS SANTOS LIMA** inscrito (a) no CPF sob o nº **049.343.894-01**,

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **RAIMUNDO DOS SANTOS LIMA**

inscrito (a) no CPF sob o nº **049.343.794-01**, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
RUA ESTHET FERNANDES DE OLIVEIRA	76	
Bairro: <b>DO SORRILÂNDIA</b>	Cidade: <b>SOUSA</b>	Estado: <b>PB</b> CEP: <b>58805-010</b>
E-mail: <b>EVANDRINO.DPVAT@GMAIL.COM</b>		Tel.(DDD): <b>83/99173-1754</b>

Local e Data: **SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020**

**Evandro Cassiano Ferreira**

Assinatura do Declarante

## **Relatório Médico**

Paciente **Raimundo dos Santos Leite**, 36 anos, vítima de acidente com moto no município de Sousa, BR 230– PB no dia 12/08/2018 com BO de número 566/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma na região frontal do crânio, trauma em face esquerda com fratura em arco zigomático e seio maxilar e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento das fraturas em face com redução + colocação de fixação rígida (FIR) e tratamento conservador para o trauma na região frontal com crânio com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso por um período de 30 dias. O mesmo recebeu alta definitiva em 12/09/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Face esquerda + Arco Zigomático + Seio Maxilar apresenta dor a palpação, crepitações, parestesia, diminuição do movimento de abertura da boca e diminuição da força mastigatória.

Região Frontal do crânio apresenta dor a palpação.

O mesmo relata presença de episódios de cefaleia com intensidade forte, vertigens frequentes e parestesia.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 50% da capacidade funcional mastigatória. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 20.02.2020.

**Dr<sup>a</sup> Luiziane Lira N. Fontes**  
Médica  
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

NITADE: PRESTADORA DE SERVIÇO: (193)  
CÓDIGO DA UNIDADE: 26 / 12701 P. U.P.F. DE 777.207.047-08  
NOME: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MONSEÑOR GONGALVES DE ABREUANTES

ENDEREÇO: RUA JOSE FAZENDA DE LIMA B. GATO PRETO N° 413 CEP: 58.004-182  
MUNICÍPIO: SOUSA  
ESTADO: PARAIBA-FB.

PACIENTE:  
SUSPENSO  
SEXO: M IDADE: 25 RACA: 03  
C.F.: 35 06 35 PROFISSÃO:  
INVESTIGADOR NUCLEO II  
ESTADO: PB CEM 3800000 DOCUMENTO:  
DATA DO ATENDIMENTO: 06/08/08 COD. MUNICIPIO: 3500000  
CONTATO: 031 3769-0000

ACOR. ESTIMATIVA:  
APERTURA DE SISTEMA FÍSICO BACTERIÁRIO:  
Causa: Infecção e suspeita de septicemia.  
Síntomas: febre e confusão.

Exames: Análise clínica (leucocitose 15.000/mm<sup>3</sup>)  
Exames complementares: Sangue e urina.

RESULTADOS

TESTE	RESULTADO	TESTE	RESULTADO
TESTE 1	+	TESTE 2	+
TESTE 3	+	TESTE 4	+
TESTE 5	+	TESTE 6	+
TESTE 7	+	TESTE 8	+
TESTE 9	+	TESTE 10	+
TESTE 11	+	TESTE 12	+
TESTE 13	+	TESTE 14	+
TESTE 15	+	TESTE 16	+
TESTE 17	+	TESTE 18	+
TESTE 19	+	TESTE 20	+
TESTE 21	+	TESTE 22	+
TESTE 23	+	TESTE 24	+
TESTE 25	+	TESTE 26	+
TESTE 27	+	TESTE 28	+
TESTE 29	+	TESTE 30	+
TESTE 31	+	TESTE 32	+
TESTE 33	+	TESTE 34	+
TESTE 35	+	TESTE 36	+
TESTE 37	+	TESTE 38	+
TESTE 39	+	TESTE 40	+
TESTE 41	+	TESTE 42	+
TESTE 43	+	TESTE 44	+
TESTE 45	+	TESTE 46	+
TESTE 47	+	TESTE 48	+
TESTE 49	+	TESTE 50	+
TESTE 51	+	TESTE 52	+
TESTE 53	+	TESTE 54	+
TESTE 55	+	TESTE 56	+
TESTE 57	+	TESTE 58	+
TESTE 59	+	TESTE 60	+
TESTE 61	+	TESTE 62	+
TESTE 63	+	TESTE 64	+
TESTE 65	+	TESTE 66	+
TESTE 67	+	TESTE 68	+
TESTE 69	+	TESTE 70	+
TESTE 71	+	TESTE 72	+
TESTE 73	+	TESTE 74	+
TESTE 75	+	TESTE 76	+
TESTE 77	+	TESTE 78	+
TESTE 79	+	TESTE 80	+
TESTE 81	+	TESTE 82	+
TESTE 83	+	TESTE 84	+
TESTE 85	+	TESTE 86	+
TESTE 87	+	TESTE 88	+
TESTE 89	+	TESTE 90	+
TESTE 91	+	TESTE 92	+
TESTE 93	+	TESTE 94	+
TESTE 95	+	TESTE 96	+
TESTE 97	+	TESTE 98	+
TESTE 99	+	TESTE 100	+
TESTE 101	+	TESTE 102	+
TESTE 103	+	TESTE 104	+
TESTE 105	+	TESTE 106	+
TESTE 107	+	TESTE 108	+
TESTE 109	+	TESTE 110	+
TESTE 111	+	TESTE 112	+
TESTE 113	+	TESTE 114	+
TESTE 115	+	TESTE 116	+
TESTE 117	+	TESTE 118	+
TESTE 119	+	TESTE 120	+
TESTE 121	+	TESTE 122	+
TESTE 123	+	TESTE 124	+
TESTE 125	+	TESTE 126	+
TESTE 127	+	TESTE 128	+
TESTE 129	+	TESTE 130	+
TESTE 131	+	TESTE 132	+
TESTE 133	+	TESTE 134	+
TESTE 135	+	TESTE 136	+
TESTE 137	+	TESTE 138	+
TESTE 139	+	TESTE 140	+
TESTE 141	+	TESTE 142	+
TESTE 143	+	TESTE 144	+
TESTE 145	+	TESTE 146	+
TESTE 147	+	TESTE 148	+
TESTE 149	+	TESTE 150	+
TESTE 151	+	TESTE 152	+
TESTE 153	+	TESTE 154	+
TESTE 155	+	TESTE 156	+
TESTE 157	+	TESTE 158	+
TESTE 159	+	TESTE 160	+
TESTE 161	+	TESTE 162	+
TESTE 163	+	TESTE 164	+
TESTE 165	+	TESTE 166	+
TESTE 167	+	TESTE 168	+
TESTE 169	+	TESTE 170	+
TESTE 171	+	TESTE 172	+
TESTE 173	+	TESTE 174	+
TESTE 175	+	TESTE 176	+
TESTE 177	+	TESTE 178	+
TESTE 179	+	TESTE 180	+
TESTE 181	+	TESTE 182	+
TESTE 183	+	TESTE 184	+
TESTE 185	+	TESTE 186	+
TESTE 187	+	TESTE 188	+
TESTE 189	+	TESTE 190	+
TESTE 191	+	TESTE 192	+
TESTE 193	+	TESTE 194	+
TESTE 195	+	TESTE 196	+
TESTE 197	+	TESTE 198	+
TESTE 199	+	TESTE 200	+
TESTE 201	+	TESTE 202	+
TESTE 203	+	TESTE 204	+
TESTE 205	+	TESTE 206	+
TESTE 207	+	TESTE 208	+
TESTE 209	+	TESTE 210	+
TESTE 211	+	TESTE 212	+
TESTE 213	+	TESTE 214	+
TESTE 215	+	TESTE 216	+
TESTE 217	+	TESTE 218	+
TESTE 219	+	TESTE 220	+
TESTE 221	+	TESTE 222	+
TESTE 223	+	TESTE 224	+
TESTE 225	+	TESTE 226	+
TESTE 227	+	TESTE 228	+
TESTE 229	+	TESTE 230	+
TESTE 231	+	TESTE 232	+
TESTE 233	+	TESTE 234	+
TESTE 235	+	TESTE 236	+
TESTE 237	+	TESTE 238	+
TESTE 239	+	TESTE 240	+
TESTE 241	+	TESTE 242	+
TESTE 243	+	TESTE 244	+
TESTE 245	+	TESTE 246	+
TESTE 247	+	TESTE 248	+
TESTE 249	+	TESTE 250	+
TESTE 251	+	TESTE 252	+
TESTE 253	+	TESTE 254	+
TESTE 255	+	TESTE 256	+
TESTE 257	+	TESTE 258	+
TESTE 259	+	TESTE 260	+
TESTE 261	+	TESTE 262	+
TESTE 263	+	TESTE 264	+
TESTE 265	+	TESTE 266	+
TESTE 267	+	TESTE 268	+
TESTE 269	+	TESTE 270	+
TESTE 271	+	TESTE 272	+
TESTE 273	+	TESTE 274	+
TESTE 275	+	TESTE 276	+
TESTE 277	+	TESTE 278	+
TESTE 279	+	TESTE 280	+
TESTE 281	+	TESTE 282	+
TESTE 283	+	TESTE 284	+
TESTE 285	+	TESTE 286	+
TESTE 287	+	TESTE 288	+
TESTE 289	+	TESTE 290	+
TESTE 291	+	TESTE 292	+
TESTE 293	+	TESTE 294	+
TESTE 295	+	TESTE 296	+
TESTE 297	+	TESTE 298	+
TESTE 299	+	TESTE 300	+
TESTE 301	+	TESTE 302	+
TESTE 303	+	TESTE 304	+
TESTE 305	+	TESTE 306	+
TESTE 307	+	TESTE 308	+
TESTE 309	+	TESTE 310	+
TESTE 311	+	TESTE 312	+
TESTE 313	+	TESTE 314	+
TESTE 315	+	TESTE 316	+
TESTE 317	+	TESTE 318	+
TESTE 319	+	TESTE 320	+
TESTE 321	+	TESTE 322	+
TESTE 323	+	TESTE 324	+
TESTE 325	+	TESTE 326	+
TESTE 327	+	TESTE 328	+
TESTE 329	+	TESTE 330	+
TESTE 331	+	TESTE 332	+
TESTE 333	+	TESTE 334	+
TESTE 335	+	TESTE 336	+
TESTE 337	+	TESTE 338	+
TESTE 339	+	TESTE 340	+
TESTE 341	+	TESTE 342	+
TESTE 343	+	TESTE 344	+
TESTE 345	+	TESTE 346	+
TESTE 347	+	TESTE 348	+
TESTE 349	+	TESTE 350	+
TESTE 351	+	TESTE 352	+
TESTE 353	+	TESTE 354	+
TESTE 355	+	TESTE 356	+
TESTE 357	+	TESTE 358	+
TESTE 359	+	TESTE 360	+
TESTE 361	+	TESTE 362	+
TESTE 363	+	TESTE 364	+
TESTE 365	+	TESTE 366	+
TESTE 367	+	TESTE 368	+
TESTE 369	+	TESTE 370	+
TESTE 371	+	TESTE 372	+
TESTE 373	+	TESTE 374	+
TESTE 375	+	TESTE 376	+
TESTE 377	+	TESTE 378	+
TESTE 379	+	TESTE 380	+
TESTE 381	+	TESTE 382	+
TESTE 383	+	TESTE 384	+
TESTE 385	+	TESTE 386	+
TESTE 387	+	TESTE 388	+
TESTE 389	+	TESTE 390	+
TESTE 391	+	TESTE 392	+
TESTE 393	+	TESTE 394	+
TESTE 395	+	TESTE 396	+
TESTE 397	+	TESTE 398	+
TESTE 399	+	TESTE 400	+
TESTE 401	+	TESTE 402	+
TESTE 403	+	TESTE 404	+
TESTE 405	+	TESTE 406	+
TESTE 407	+	TESTE 408	+
TESTE 409	+	TESTE 410	+
TESTE 411	+	TESTE 412	+
TESTE 413	+	TESTE 414	+
TESTE 415	+	TESTE 416	+
TESTE 417	+	TESTE 418	+
TESTE 419	+	TESTE 420	+
TESTE 421	+	TESTE 422	+
TESTE 423	+	TESTE 424	+
TESTE 425	+	TESTE 426	+
TESTE 427	+	TESTE 428	+
TESTE 429	+	TESTE 430	+
TESTE 431	+	TESTE 432	+
TESTE 433	+	TESTE 434	+
TESTE 435	+	TESTE 436	+
TESTE 437	+	TESTE 438	+
TESTE 439	+	TESTE 440	+
TESTE 441	+	TESTE 442	+
TESTE 443	+	TESTE 444	+
TESTE 445	+	TESTE 446	+
TESTE 447	+	TESTE 448	+
TESTE 449	+	TESTE 450	+
TESTE 451	+	TESTE 452	+
TESTE 453	+	TESTE 454	+
TESTE 455	+	TESTE 456	+
TESTE 457	+	TESTE 458	+
TESTE 459	+	TESTE 460	+
TESTE 461	+	TESTE 462	+
TESTE 463	+	TESTE 464	+
TESTE 465	+	TESTE 466	+
TESTE 467	+	TESTE 468	+
TESTE 469	+	TESTE 470	+
TESTE 471	+	TESTE 472	+
TESTE 473	+	TESTE 474	+
TESTE 475	+	TESTE 476	+
TESTE 477	+	TESTE 478	+
TESTE 479	+	TESTE 480	+
TESTE 481	+	TESTE 482	+
TESTE 483	+	TESTE 484	+
TESTE 485	+	TESTE 486	+
TESTE 487	+	TESTE 488	+
TESTE 489	+	TESTE 490	+
TESTE 491	+	TESTE 492	+
TESTE 493	+	TESTE 494	+
TESTE 495	+	TESTE 496	+
TESTE 497	+	TESTE 498	+
TESTE 499	+	TESTE 500	+
TESTE 501	+	TESTE 502	+
TESTE 503	+	TESTE 504	+
TESTE 505	+	TESTE 506	+
TESTE 507	+	TESTE 508	+
TESTE 509	+	TESTE 510	+
TESTE 511	+	TESTE 512	+
TESTE 513	+	TESTE 514	+
TESTE 515	+	TESTE 516	+
TESTE 517	+	TESTE 518	+
TESTE 519	+	TESTE 520	+
TESTE 521	+	TESTE 522	+
TESTE 523	+	TESTE 524	+
TESTE 525	+	TESTE 526	+
TESTE 527	+	TESTE 528	+
TESTE 529	+	TESTE 530	+
TESTE 531	+	TESTE 532	+
TESTE 533	+	TESTE 534	+
TESTE 535	+	TESTE 536	+
TESTE 537	+	TESTE 538	+
TESTE 539	+	TESTE 540	+
TESTE 541	+	TESTE 542	+
TESTE 543	+	TESTE 544	+
TESTE 545	+	TESTE 546	+
TESTE 547	+	TESTE 548	+
TESTE 549	+	TESTE 550	+
TESTE 551	+	TESTE 552	+
TESTE 553	+	TESTE 554	+
TESTE 555	+	TESTE 556	+
TESTE 557	+	TESTE 558	+
TESTE 559	+	TESTE 560	+
TESTE 561	+	TESTE 562	+
TESTE 563	+	TESTE 564	+
TESTE 565	+	TESTE 566	+
TESTE 567	+	TESTE 568	+
TESTE 569	+	TESTE 570	+
TESTE 571	+	TESTE 572	+
TESTE 573	+	TESTE 574	+
TESTE 575	+	TESTE 576	+
TESTE 577	+	TESTE 578	+
TESTE 579	+	TESTE 580	+
TESTE 581	+	TESTE 582	+
TESTE 583	+	TESTE 584	+
TESTE 585	+	TESTE 586	+
TESTE 587	+	TESTE 588	+

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CHES	2605473	CNPJ 80.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO Ribeiro, 5/76			
CIDADE	UF PB			
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	SOUSA-HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA			
PACIENTE	RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE			
NOME SOCIAL	MARIA Ercilia DOS SANTOS LEITE			
FILIAÇÃO I	23/06/1983	FILIAÇÃO II	RAIMUNDO DOS ANJOS LEITE	
NASCIMENTO		IDADE	35a 1m COR PAMPO	GÉNERO M
PROFISSÃO		nº	BAZRRO	
ENDERECO	RUA PROJETADA	U.F PB	CEP	
CIDADE	SOUSA		CELULAR	
TELEFONE	(85)9934-4221	CPF		
CNS	301489636999033	R.G 52656434		
ESTADO CIVIL	CASADO			REG. NASC.
F.A.A	5678	PRONTUÁRIO	4173	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR		
DATA	13/06/2018 Horário: 20:56	TIPO DE SERVICO	RICARDO	
CARATER	82 - URGENCIA		URGENCIA E EMERGENCI	
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Nome: *Amorim Engela da Silva*  
PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ X: \_\_\_\_\_ FREQ: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

ANAMSE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Pt: 1.6278 Peso: 70kg Tp: 37.5°C Freq: 120min Rr: 16min*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

*N.v.s.*

SOLICITAÇÃO DE PARCERIA  
*H. ein*

DIAGNÓSTICO

*7.7.1. PT: 2000g - 2000g (4)*

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍPCAO)

*ANAMSE, PESO, ALTURA, AMBULATORIO*

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM (X) NÃO

MÉDICO/CRM/CMS

CARATER DO ATENDIMENTO

- ( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGENCIA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA  
( ) 05-OUTRAS LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICOS REALIZADOS: *0300060061* PROCEDIMENTO

1-1 | 2-1 | 3-1 |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

- ( ) INTERNACAO ( ) ALTA A PEDIDO ( ) EVASAO ( ) ÓBITO ( ) ALTA MÉDICA

( ) TRANSFERÊNCIA *Carregado e transferido para o Hospital de Emergência*

MÉDICO/CRM *Assinatura*

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO

ONIS	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/06		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANUARY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORACIO NORREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO				
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA			
PACIENTE	RAMMUNDO DOS SANTOS LEITE			
NOME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	MARIA ELEONORA DOS SANTOS LEITE			
NASCIMENTO	23/06/1981			
PROFISSÃO				
ENDERECO	RUA PROJETADA	FILIAÇÃO II	RAMMUNDO DOS ANJOS LEITE	
CEP/CEDE	58100-000	IDADE	35A 2m	CIR PARD
TELEFONE	(87)9934-4221	UF PB	BAIRRO	NUCLEO III
CNS	781409638950333	CEP	CELULAR	
ESTADO CIVIL	CASADO	R.E.	CPF 049.343.752-01	Nº. NASC.
F.I.A.	7682	PRONTUARIO 4373		
DATA	28/08/2016	OPERADOR	TRABEZEIROS	
CARÁTER	URGÊNCIA	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI	
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*Carmele Cangela da Silveira*

PESO: \_\_\_\_\_ PTA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ MPA: \_\_\_\_\_ TPA: \_\_\_\_\_

ANAMNese EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Pronto atendimento paciente Mariano de Melo  
ambulatório 2020 (A) em visita com  
UV - PRIMEIRA vez. Exames:  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) /*

LVI-A  
SOLICITAÇÃO DE PARECER  
H:

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MEDEICO/CRA/ONS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

( ) 01-ELITIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRABALHO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENFERMAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS  
SERVIÇOS REALIZADOS: (CÓDIGO) / PROCEDIMENTO

1-1 *0001360007* 1-2-1 1-3-1

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

( ) INTERNACAO ( ) ALTA A PEDIDO ( ) EVASAO ( ) ÓBITO ( ) ALTA MÉDICA  
( ) TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CAM

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANUARIO CAETANO



INSTITUIÇÃO  
ESTADO DA SERRA

SUS The SUS logo, which is a white cross inside a green circle.

PESSOA  
FAMILIAR

2016246 em 30/03/2017

26 700 R\$ em R\$ 00

(0) um FOLHAMENTO

LIVROS MATERIAIS VARIOS

REGISTRO

AN. 28/08/18

LEIA 11

AN. 28/08/18  
LEIA 11

Rua Horácio Nobreza, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Encaminhamento:  
Encaminho para os  
Sistemas vitais do Hospital  
Municipal com ferimento  
dos ossos da face

Dr. MÁRCIO A. M. P. B. 13-08-13  
CRM: 1676

Rua José Freudenthal de Lima, 500 - CEP: 58801-100  
Fones: 3522-2774/3521-6183 - SOUSA - PB

GOVERNO  
DA PARAÍBA



# Tomografia Computadorizada

Dr. Chico Corea  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

QUALIDADE  
SEGURANÇA  
CONFIABILIDADE

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Paciente: Raimundo dos Santos Leite

Residente: 022425

Data: 13 / 08 / 2018

### TÉCNICA

Exame realizado em Tomógrafo Helicoidal de 02 canais, através de aquisição volumétrica dos dados com 2,5 mm e 5,0 mm de colimação sem a utilização do meio de contraste endovenoso.

### RELATÓRIO

**Fratura da face orbital e do arco zigomático esquerdo com cavalgamento de fragmentos ósseos nesta última.**

Há também fratura cominutiva da parede pôstero-lateral do seio maxilar esquerdo, acompanhando-se de hemossinus.

Acompanhando os achados descritos acima, observamos focos gasosos no espaço orbitário e mastigatório.

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

\* Obrigado por referir este paciente.

OBS.: EXAME DOCUMENTADO EM 02 FILMES RADIOGRÁFICOS. EVITE EXTRAVIA-  
LOS, POIS ARQUIVAMOS EXCLUSIVAMENTE A CÓPIA DO LAUDO.

Dra. Anne Elise Nogueira  
CRM-PB 7604

Av. José Gadelha de Oliveira, s/n – Jardim SorriLândia – Sousa – PB.  
CEP 58805-280 – Fone: (83) 522-4773 / 522-1777(R236) Fax: 522-2790  
CNPJ: 03.648.948/0001-46  
e-mail: tmgcorea@hotmail.com

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1404082718

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1404082718

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



BALDOMERO DOS SANTOS LETTE

DOC. EMISSOR / ONG ISSUING P. NO. 00  
6266134 SP/SC  
049.343-794-01 DATA NACIMENTO  
23/06/1983  
NASCIDO —  
BALDOMERO DOS SANTOS  
LETE  
MARIA ENCILLA DOS  
SANTOS LETTE

Nº REGISTRO  
03741681492

MUNICÍPIO — DATA EMISSÃO  
18/10/2021 07/12/2005

PERMITO — AOC — CAFNA  
AB

DATAS EXPIRAÇÃO  
31/10/2016

DATAS EXPIRAÇÃO  
31/10/2016

42546104670  
FB033368228

DETRAN - PB (PARANÁ)  
www.detran.pb.gov.br



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022.12.04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022.6189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022.12.06  
Canal de Denúncia: 0800 591.2563 | Ouvidoria: 0800 021.91.35

Número do pedido DPVAT: 3180546059

Data da solicitação: 20/02/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF do beneficiário: 049.343.784-01

Nome do solicitante: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

CPF do solicitante: 088.202.764-61

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99173-1754 Tel. Comercial: ( ) DDD \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: ( ) DDD \_\_\_\_\_

E-mail: VANDINHO.DPVAT@GMAIL.COM

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: \_\_\_\_\_

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Sousa-PB, 04 de Março de 2020

Local e Data

Euandro Cassiano Ferreira

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE  
RG: 5256.34 Órgão Emissor: SSTC/GO CPF: 049.343.794-01  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: TECNICO EM COMUNICACAO  
Endereço: MUCLEO HABITACIONAL III N° S/N  
Bairro: AREA RURAL Cep: 58814-000 Cidade/UF: SÃO GONÇALO - PB

### OUTORGADO:

Nome: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

RG: 3046912 Órgão Emissor: SSP/PB

CPF: 088.202.764-61

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE

Endereço: RUA ESTER FERNANDES DE OLIVEIRA Nº 76, Bairro: JARDIM SORRILANDIA

Cep: 58805-010, Cidade/UF: SOUSA/PB

Telefone: (83) 98138-7595 (83) 99173-1754

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras con sorciadas , incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, solicitar BO em qualquer delegacia, ou batalhão de Policia Militar, e PRF, solicitar copiar de prontuário medico, (FICHA DE ATENDIMENTO, PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO, AMBULATORIO HOSPITALAR), em que o OUTORGANTE tenha sido atendido, em Hospitais publico ou privado, solicitar copia de atendimento do SAMU, BOMBEIROS, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF: 049.343.794-01

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

SOUSA - PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Local e data

Raimundo dos Santos Leite

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



JOSÉ NEVES MOREIRA  
Serviço Notarial e Registral

End: Bel. Plano Henrique Rodrigues Neves  
Av. Sargento Edílio de Carvalho, 04 - Centro - Sousa/PB  
CEP 58800-000 - Fone: (83) 99173-1754

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Em test. da verdade, Sousa-PB 05/02/2020 09:50:29  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCREVENTE  
(2020-001970)ENOL:RN 10.22.FAPENPE 0.70.TEF:1342.00.ISSUE:0.00

SELO DIGITAL: AJ598753-BUXI

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Francisco de S. Pedroso Neto  
Escrevente Autorizado  
3º Ofício Sousa-PB

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420051/18

**Vítima:** RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

**CPF:** 049.343.794-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/08/2018

**Titular do CPF:** RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

### RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE : 049.343.794-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100791 Cidade: Sousa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE Data do acidente: 12/08/2018 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA PAREDE LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, DA FACE ORBITAL, DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P1 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 20/02/2020, LUIZIANE LIRA N. FONSECA, CRM: 8445.

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 médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00