



Número: **0833157-89.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/07/2016**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS (AUTOR)		ROBERTO PESSOA PEIXOTO DE VASCONCELLOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37663497	10/12/2020 09:09	2773744_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11448823

A/C: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170422586 ASL-0295400/17

Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Data Acidente: 11/03/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Laudo do IML - Lesões corporais infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01517/01518 - carta_03



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170422586**
Vitima: **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**
Data do Acidente: **11/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170422586**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12342050

Pag. 01165/01166 - carta_16 - INVALIDEZ

00020583



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.814.457 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 24/09/2015
CPF 981062874-91 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO VIGIA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00042728-2

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

José Pessoa 12 de JULHO de 2017 WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:09:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121009091231000000035931390
Número do documento: 20121009091231000000035931390





**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01119.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01119.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 08 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada de Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 11:19 horas, compareceu **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**, nacionalidade **BRASILEIRA**, profissão **EMPERMIABILIZADOR**, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 30 de Março de 1975, idade 41, filiação **ARACILDA DA SILVA SANTOS** e **JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS**, Documento - CPF: 981.082.874-91, residente R. MACEIÓ, 51, GROTAO, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98605-5395

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Competência 1:

Data/Hora do Fato: 11/03/16 16:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: RUA ADMINISTRADOR MANOEL ANGELO DE OLIVEIRA, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/03/2016, POR VOLTA DAS 16:45 HORAS QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 100, VERMELHA, ANO 2015, PLACA QF12327/PB, CHASSI:9C2HB0210FR474942, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANA SILVA F. DE OLIVEIRA, PELA BR 230, KM 25, PRÓXIMO AO SUPERMERCADO AÇAI, JOÃO PESSOA/PB, AO PARAR NO ACOSTAMENTO E LIGAR O PISCA ALERTA, TEVE SUA MOTOCICLETA ATINGIDA NA PARTE TRASEIRA POR UMA MOTO DE MARCA HONDA/CB 300, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, FAZENDO COM QUE O NOTIFICANTE CAÍSSE AO SOLO, E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO SOFREU FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Boletim de ocorrência



SOUTO
SCIENTIFIC MATERIALS & RESEARCH
Bela: Maria Angélica Souto Garrido
(Lubrizo)

1º ENDERÇO DE NOTAS
2º TRANSPLANTO DE PRÓTESTOS
PRACA 1517, Nº 40 - CENTRO
CEP: 55013-010 - JARDIM PEROLA, PE
FONE: (81) 3341-3044 FAX: (81) 3341-3045

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Joao Pessoa-PB 03/07/2017. 08:07:03
Carlos Antonio da S. Torres - Escrivão
[2017-0363030] EML:RS 2 316FARPEM:RS 03/7 FEPJ:RS 0,46 ISS:RS 0,32
SELO DIGITAL: AFG19554-KJA
Confira a autenticidade em: selodigital.stb.us.br

1971 00000000
 il que me 101
 ISS 1971
 s. br
 José Francisco da Silva
 50470
 50470 20000000 20000000

Procedimento: 01119.01.2016.1.02.202



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional Da Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



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

João Pessoa (PB) 08 de Junho de 2018

Washington Luiz da Silva Santos

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Noticiante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Bela Vista - João Pessoa - Paraíba

1º OFÍCIO DE NOTARIAS
2º TRIBUNAL DE PROTESTOS
BOMAS (117, 118, 119, 120)
CEP: 55034-010, JOÃO PESSOA - PB
FONE: (33) 3241-1041, FAX: (33) 3241-1041

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa - PB 03/07/2017 08:07:03

Carlos Antonio da S. Torres - Escrivão

[2017-036039] ENL:RS 2, 31/FAP:ENL:RS 0, 27 FEPJ:RS 0, 27

SELO DIGITAL: AFG19555-0141

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

Procedimento: 01119.01.2016.1.02.202



Itaucard

Comprovante de residência



CTC RECIFE PL12 PC-15

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
R MACEIO 51
QD14LOT6 - FUNCIONARIOS II
58078-124 JOAO PESSOA, PB

Postagem: 22/06/2017
Vencimento: 03/07/2017
Emissão: 22/06/2017
a próxima fatura: 29/07/2017

Itaú



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	R\$ 17,17
2 Pagamentos efetuados	0,00
3 Saldo financiado	705,47
4 Encargos (financiamento + moratório)	132,60
5 Lançamentos atuais	19,60
6 Total desta fatura	857,67

Titular **WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS**
Cartão **5267.XXXX.XXXX.0067**

Consulte sua fatura na internet: www.cartaoamericanas.com.br

Vencimento	A) pagamento total R\$	B) pagamento mínimo R\$	C) parcelamento R\$	D) entrada para financiamento: pague qualquer valor entre R\$
03/07/2017	857,67	358,42	Não Disponível	Não Disponível

Nova opção de pagamento
D) entrada para financiamento:
Quando disponível, o valor pago
será considerado como entrada
de um financiamento e o saldo
restante será dividido em parcelas
fixas com juros iguais aos do
parcelamento da fatura.
Se você efetuar um pagamento
inferior ao valor mínimo da entrada,
você estará em atraso, com
cobrança de juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	900,00
Limite utilizado no mês	709,96
Retirada de recursos País(saque)	230,00

Consulte outras opções

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR EM R\$
24/05	ANUIDADE DIFERENCIADA/08	10,90
06/06	SEGURO MAXI PROTEÇÃO	5,13

Lançamentos produtos e serviços **16,03**

Outros lançamentos

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
21/06	REEMBOLSO DESP-COBRANCA	3,57
Total de outros lançamentos		3,57

Total dos lançamentos atuais **19,60**

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
24/05	ANUIDADE DIFERENCIADA/08	10,90

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75835 79745.122048 00114.920002 4 000

Número do Documento 00083797451/0003221

Nome do Pagador/CPF/CNPJ WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS - 981.062.874-91

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ IUF - ITAÚ UNIBANCO FINAN. S.A - 07.221.678/0001-43

Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, ITAÚA, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

Nome do Documento 175/83797451-2

Valor do Documento R\$ 857,67

Vencimento 03/07/2017

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75835 79745.122048 00114.920002 4 000	
Local de Pagamento Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				
Data de Vencimento 03/07/2017				
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ IUF - ITAÚ UNIBANCO FINAN. S.A - 07.221.678/0001-43				
PÇA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, ITAÚA, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP				
Data de Pagamento 03/07/2017	Número do Documento 00083797451/0003221	Emissão MEC FE	Anexo N	Data de Recebimento 22/06/2017
Valor da Fatura 175	Código R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 857,67
Indicação de Pagamento Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) Pagar pelo menos o valor mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por umas das opções de parcelamento de fatura oferecidas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento; (III) pagar qualquer valor indicado na opção "Entrada p/ financiamento", financiando o restante em parcelas iguais, com juros de Parcelamento da Fatura.				4) Resposta Alternativa () Sim/Não () Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/Uf/CEP WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS - 981.062.874-91 R MACEIO 51 - QD14LOT6 - FUNCIONARIOS II - 58078-124 JOAO PESSOA - PB Sacador Avalista:				

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:09:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121009091231000000035931390>

Número do documento: 20121009091231000000035931390

Num. 37663497 - Pág. 7



Itaúcard

Itaú

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
Total próxima fatura		10,90
Demais faturas		21,80
Total para próximas faturas		32,70

Encargos cobrados nesta fatura

Juros de rotativo	16,90 %	118,53
Juros de mora	1,01 % am	6,94
Multa por atraso	2,00 %	6,18
IOF de financiamento		0,95
Total de encargos em R\$		132,60

Rotativo (pgto mínimo) desta fatura

Valor da fatura atual		857,67
Juros máximos do rotativo	17,46 % am	608,48 % aa
Encargos em caso de pgto. mínimo (R\$)		87,17
CET do financiamento da fatura	18,09 % am	655,81 % aa

Valor total financiado	499,75	100,00 %
Valor do IOF	3,13	
Valor total a pagar	589,55	

Compras parc. c/ juros próximo período

Limite de crédito		900,00
Juros da compra parcelada	5,99 % am	102,95 % aa
CET da compra parcelada	6,30 % am	110,29 % aa

	Valor em R\$	% do total financiado
Valor total financiado	900,00	100,00%
Valor do IOF	26,77	
Valor total a pagar	1.719,36	

Demais Taxas de Juros próximo período

De retirada de recursos país	16,43 % am
------------------------------	------------

Fique atento a fatura (03/07 a 02/08)

Encargos de financiamento	
Juros máximos de financiamento ao mês	17,46 %
Juros máximos de financiamento ao ano	608,48 %
Encargos máximos em caso de pagamento mínimo (R\$)	87,17

CET - Custo efetivo total

(ao mês e ao ano)

De financiamento	18,09 %	655,81 %
De retirada recursos país	18,16 %	661,28 %
De parc. compras com juros	6,30 %	110,29 %

30
horas

3003 3030 Itaúcard e cartões metropolitanos

0800 720 3030 serviços de atendimento, serviços e formalização de reclamações

De segunda a sábado, das 6h às 22h. Exceto feriados nacionais. Consultas, informações e serviços transacionais.

acesse
itau.com.br
ou utilize os
caixas eletrônicos

SAC 0800 724 4845

reclamações, cancelamentos e informações gerais. Todos os dias, 24h

Ouvidoria 0800 574 0111

se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de parte do processo, compare à Ouvidoria. Ofício 016, das 9h às 18h

Deficiente auditivo/fala 0800 724 4838

Todos os dias, 24h

Em atendimento à Lei 12.007/09, declaramos que, com exceção dos débitos constantes nesta fatura e de despesas eventualmente contestadas, os valores lançados nas faturas anteriores encontraram-se quitados. Esta declaração substitui os comprovantes anteriores.

Instruções para pagamento

Você pode pagar a sua fatura em qualquer agência bancária até a data de vencimento. Pagamentos realizados podem ser efetuados em espécie ou por depósito em nome de quem a fatura foi emitida, no prazo de 10 dias úteis após o vencimento. Caso você não tenha a fatura em tempo de realizar o pagamento, poderá consultá-la online em nosso site ou por telefone, no canal de atendimento ao cliente 0800 720 3030.

Exemplo de forma de pagamento mais adequada

Pagamento Total: esta é a melhor opção, pois pagando este valor você quita sua fatura, e não haverá incidência de juros.

Pagamento Mínimo: esta modalidade é recomendada apenas para períodos curtos. Pagando qual valor entre o Pagamento Mínimo e o Valor Total da fatura até a data de vencimento, você financiará a diferença, que será cobrada integralmente na fatura seguinte, com incidência de encargos (juros de financiamento + IOF) sobre a incidência de jônimos (compra e parcelas de compra parcelada) sem juros e sem encargos na fatura atual. Neste caso, o "financiamento da fatura" a taxa para o financiamento consiste o CET do financiamento da fatura, acrescido da comissão.

Parcelamento da fatura: é o parcelamento do valor total da sua fatura. Para contratar, é necessário pagar, até a data de vencimento, o valor total da parcela incluída no plano de parcelamento. O valor total das parcelas compreendidas pelo limite de crédito que será reconhecido à medida que as parcelas forem pagas. As parcelas seguintes serão lançadas nas suas próximas faturas. O parcelamento inclui somente o valor total da fatura no momento da contratação. Outros valores, como taxas, comissões e parcelas a vencer serão lançadas posteriormente nas faturas seguintes.

Entrada para financiamento: você também pode efetuar o pagamento de uma entrada, de acordo com os valores indicados na opção "Entrada para financiamento". O saldo restante será financiado em parcelas iguais ao longo do parcelamento da fatura.

Atenção: caso você não pague ou pague um valor inferior ao parcelamento mínimo ou, à entrada para financiamento (pagando despesa) e não contrate em dois planos de parcelamento da fatura, o valor total das parcelas compreendidas pelo limite de crédito que será reconhecido à medida que as parcelas forem pagas. As parcelas seguintes serão lançadas nas suas próximas faturas. O parcelamento inclui somente o valor total da fatura no momento da contratação. Outros valores, como taxas, comissões e parcelas a vencer serão lançadas posteriormente nas faturas seguintes.

Entrada para financiamento: você também pode efetuar o pagamento de uma entrada, de acordo com os valores indicados na opção "Entrada para financiamento". O saldo restante será financiado em parcelas iguais ao longo do parcelamento da fatura.

Atenção: caso você não pague ou pague um valor inferior ao parcelamento mínimo ou, à entrada para financiamento (pagando despesa) e não contrate em dois planos de parcelamento da fatura, o valor total das parcelas compreendidas pelo limite de crédito que será reconhecido à medida que as parcelas forem pagas. As parcelas seguintes serão lançadas nas suas próximas faturas. O parcelamento inclui somente o valor total da fatura no momento da contratação. Outros valores, como taxas, comissões e parcelas a vencer serão lançadas posteriormente nas faturas seguintes.

Entrada para financiamento: você também pode efetuar o pagamento de uma entrada, de acordo com os valores indicados na opção "Entrada para financiamento". O saldo restante será financiado em parcelas iguais ao longo do parcelamento da fatura.

período em que há saldo em atraso, incidirá a taxa de juros até o próximo vencimento.

Parcelamento do Saldo da Cartão: é o parcelamento do saldo devedor do seu cartão, apenas no momento da contratação. Não é considerado o saldo formado pelo somatório das despesas, taxas, tributos, encargos, transações e operações de crédito lançadas em fatura, bem como parcelas a vencer de Compras Parceladas e Parcelamento da Fatura (sem juros). Não serão consideradas as parcelas a vencer de eventuais Cartões Pessoais ou Parcelamento de Fatura com Seguro Presumido contratado. Pagamento de Compras Parceladas ou Parcelamento de Fatura, de prêmios de seguro, de assistência e de modalidades de crédito de capitalização que, assim como os lançamentos decorrentes de novas transações, serviços ou operações de crédito ou comissões, não são considerados no Saldo da Cartão, sendo cobrados em faturas subsequentes à contratação. O parcelamento da contratação, o saldo devedor do cartão será lançado a valor presente. Para contratos de renovação, a data de vencimento da fatura, o valor total lançado no campo "Parcelamento do Saldo da Cartão". Se na contratação do saldo devedor do cartão com "Compras Parceladas sem encargos", haverá a incidência de juros e IOF, que serão cobrados integralmente na fatura seguinte. Caso sejam contratadas as operações de crédito, será devido o imposto sobre Operações Financeiras, conforme alíquota vigente na época da contratação.

Atenção: caso você precise realizar o pagamento de sua fatura em atraso, consulte na central de atendimento o valor atualizado do seu saldo devedor (valor total da fatura + mora + multa) na data do pagamento. Se você optar por pagar um valor inferior ao saldo devedor atualizado, a diferença será financiada, com a incidência de juros.

Importante: caso você fique em atraso por um período superior a 10 dias e seja contestada no BCB, para evitar o acúmulo de encargos, poderá ser debitado, se disponível, o valor da entrada da Financiamento, debitando o valor mínimo de entrada, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas; caso não esteja disponível, será debitado o valor do pagamento mínimo.

Restrição de Recurso: os limites de utilização de recursos indicados nos limites mínimos e estão sujeitos a disponibilidade e análise de crédito.

Custo Efetivo Total (CET): as parcelas referentes ao CET das operações realizadas por meio de seu cartão estão disponíveis em nosso site em nosso canal de atendimento.

Exatidão em seu Cartão: sua fatura é pessoal e intransferível. Não a entregue a terceiros. Em caso de perda ou roubo do cartão, informe imediatamente para a central de atendimento para bloqueio.

Contrato: você pode consultar as condições gerais de seu contrato no site itau.com.br.

Banco Itaúcard S.A., CNPJ 17.192.431/0001-70, com sede na Alameda Pedro Calini, 44 - 4º andar - SP, CEP 05537-105, e filial na Av. Rio Negro, 433, 3º andar, CEP 06454-904, e na Av. Copacabana, 238, 4º andar, CEP 06645-903, também em Barueri (SP).

FC - 15 01621 V6017 22/06/2017 V6017/05 65776 0000018

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Washington Luiz da Silva Santos
DATA DE NASCIMENTO 30/03/75
NOME DA MÃE Aracilda da Silva Santos

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 905887
DATA DO ATENDIMENTO 11/03/16
HORA DO ATENDIMENTO 17:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda
CID 10 S42.0

Documentação médica - hospitalar



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Vítima de queda de moto, com queixa de dor em hemitórax E, clavícula esquerda e dispnéia devido a dor para respirar, MV +, sem enfisema subcutâneo, Glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, clavícula esquerda.
USG do abdômen total.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura da clavícula E.
USG: normal.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura (8 gessado)

DATA HOSPITALAR: 11/03/16
DATA DA EMISSÃO: 31/05/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 905887



Identificação do paciente

ID 1012303	Nome WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 30/03/1975	Idade 40 anos 11 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe ARASSILDA DA SILVA SANTOS	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NÃO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987353729	DDD Fixo
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cns
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58078124	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MACEIO
Número 51	Complemento	Bairro GROTÃO	

Admissão

Data e Hora Prevista 11/03/2016 17:42:26	Número da pulseira 1000003602637	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalha do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Rato X []	Sangue []	Urina []	YC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA						Tempo 92min 44seg

Imprimir

31/03/16



11/03 (00:00)
Gratoque
Ret Aguardando further de decisão
Fog. m. 2x.
CP: Investigação com 8 cartões
+ Acompanhamento Ambiental
Assinado por J. Roberto





SUELIO MOREIRA
TORRES

Primeiro Atendimento Médico



1000003502637 BE: 805887
WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 30/03/1978
MAG: ALESSANDRO DA SILVA SANTOS

END.: RUA 16
N. 51 - GRUPO 40
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (82) 987353728
IDADE: 48
DT. ENTADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

ADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pt vítima de queda de moto com capacete, refere dor
na lombar e clavícula (E), dispneia devido a dor para
respirar (MV em HTT), edema subcutâneo.

EXAME PRIMÁRIO

IAS ☒ Periles () Obstruídas

ÉREAS ☒ Sim () Não

ERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

ENTILHAÇÃO: ☒ Sim () Não

RAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim () Não

ESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

RUÍDOS

() Sim

() Não

HTD: Roncos

Sibilos

Estertores

HTE: Roncos

Sibilos

Estertores

IR: ☒ Imp

SeO₂: 100% %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorresistente

() Paralisadas

☒ Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao estímulo contínuo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

FINGI.CC.001-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:09:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121009091231000000035931390

Número do documento: 20121009091231000000035931390



EVOLUÇÃO DO PACIENTE.



WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 29/03/1978
RUE: AVARESILOA DA SILVA SANTOS

END. 1 PAGE 2 0
N. 01 - GROT 80
JORD PRISON
FONE: 11
CELLULAR: (63) 807383728
IDADA: 48
DT. SWITZER:

[illegible]

04/01/2003 - 01/01/2003

F(NG).ENF.018-1





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 11/03/11	ID da Ocorrência: 1195360	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 17:10 HS	Hora de Chegada no Local: 17:19 HS
Paciente / Usuário: Wiston Luiz da Silva Santos				Idade: 40	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:				Médico Regulador: JIMONTE		
Logradouro: EM TREVO DO ASAÍ				Bairro: Bayeux		
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadido do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
X Hosp. de Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: Trauma	Hospital de Origem:
	Responsável:
	Hospital de Destino:
	Responsável:
CAUSAS EXTERNAS ☐ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Sotamentamento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Doença Mental ☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal ☐ AVC ☐ Droga ☐ Convulsões ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores ☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo Qualis?

1. DADOS VITAIS

P.A.: FC: 105 FR: 15 HGT: - SpO2 - S/O2: 96 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Vítima ferida de nível de consciência, reativa, orientada, não reatando, dispendida, apresentando fratura fechada de clavícula esquerda e fratura da tibia e fíbula direita. Também lesão esguincho.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Problema de imobilização da fratura, fratura de tibia e fíbula direita. SPM.

Secretaria Municipal de Saúde - 10/12/2020 09:09:12





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

PACIENTE: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
RG: 905887 DATA: 11/3/2016 18:22:45

**LAUDO DE ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
TÉCNICA FAST**

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura convexa, multifrequencial de 3,5 - 7,0 Mhz, visando a pesquisa de líquido livre abdominal, em condições de emergência, sem preparo intestinal adequado.

Ausência de líquido livre abdominal.


Dr. Ricardo Cavalcanti
Radiologista CRM 3505





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: WAHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS
BE: 905887
DATA: 21/3/2016 12:04
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 11/03/2016.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. CLAVÍCULA ESQUERDA AP
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Exame realizado em 11/03/2016 às 12:04h
Solicitado por: Dr. Caio Mario Medeiros
Solicitado em: 11/03/2016 às 12:04h

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.
Obs.: Sugere-se correlação clínica e laboratorial.

7

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



1 HTOP: 321429II.1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ENTORÇÃO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA RUISSON HUBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Washington Luiz da Silva Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 15.10.2016

Nº PRONTUÁRIO: 15103156

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Salvador

DIAGNÓSTICO: fx de clavícula

PROCEDIMENTO: III Conservador

Acionamento Ambulatorial

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE ATENDIMENTO	ESQUEMA DE TRATAMENTO	TIPO DE TRATAMENTO	SALA
26/10/16	171	171	7h
27/10/16	171	171	03:00h
28/10/16	171	171	03:00h
29/10/16	171	171	03:00h
30/10/16	171	171	03:00h
31/10/16	171	171	03:00h

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:09:12



RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via entregue de Farmácia ou drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo	754/0001-77
CPF	000.000.000-00
Endereço Completo e Telefone	Unidade de Saúde
Cidade	Unidade de Saúde

Dr. Suelio R. Moreira
MEDICINA
CRM-PR 8888

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Washington L. de S. Santos

Endereço: R. Luísa, 51

Prescrição: um onl

2 Colaterais
190 BRL, 1400

Data: 14/03/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident:	
End:	
Cidade:	
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Fornecedor	



Requisição de Exames

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO 905887

NOME DO PACIENTE: Washington Luiz da Silva		IDADE: 51	DATA:
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:
DADOS CLÍNICOS:		CLÍNICA:	ENF-LEITO:
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: Imagem de raios com 8 curvas			
Carimbo e Assinatura do Médico			





CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS

Certifico que, após pesquisa no Banco de Dados do Sistema de Identificação Criminal - SICRIM deste Estado, até a presente data, NADA CONSTA a respeito do requerente abaixo qualificado:

NOME: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

IDENTIDADE DE RG DE Nº 1814457

UF/ÓRGÃO EMISSOR PB

FILIAÇÃO JOSÉ DA PENHA DOS SANTOS

E ARACILDA DA SILVA SANTOS

NASCIDO EM 30/03/1975 NO MUNICÍPIO JOÃO PESSOA - PB

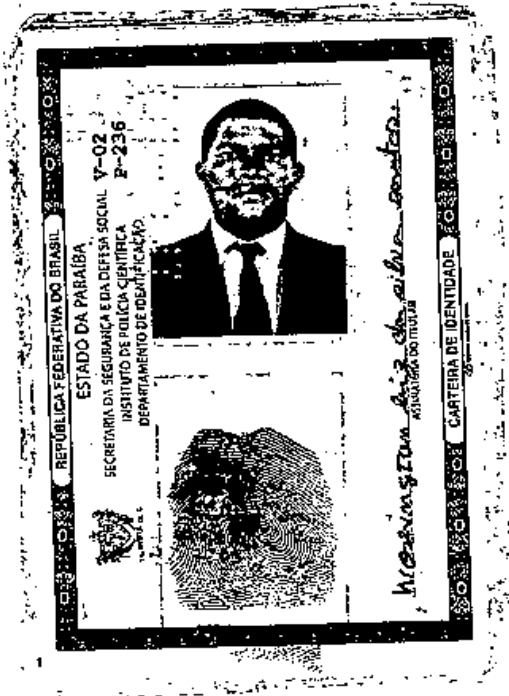
JOÃO PESSOA - PARAIBA 12 de julho de 2017

[Assinatura]
813940 Rosaura Alves Fabricio
Requerente Responsável

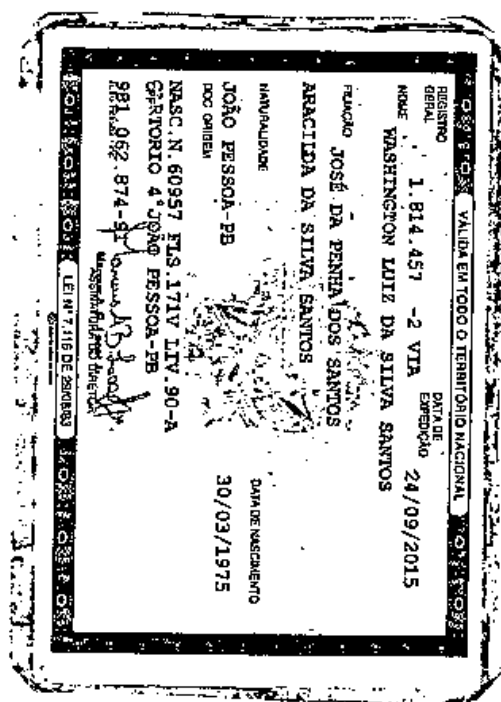
TECNICA - CIENCIA - CON

VALIDADE - 12 meses a partir da emissão





Documentos de identificação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 09:09:12

[illegible][illegible]



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ELA SUELA LUIZ DA SILVA SANTOS

DATA DO ACIDENTE 11/03/2016 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 981.062.874-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recatórios médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail: _____ Tel.: _____

Data 03-07-2017 Assinatura Washington Luiz da Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC. CENTRAL JPA/PB

Atendente M^{te} Auxiliadora Regina Rios Matrícula 847283-0

Data 03/07/2017 Assinatura Regina Rios

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295400/17

Vítima: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

CPF: 981.062.874-91

Data do Acidente: 11/03/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS : 981.062.874-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/08/2017

Nome: WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 981.062.874-91

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2017

Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU

CPF: 110.123.037-13

WASHINGTON LUIZ DA SILVA SANTOS

LIA NAZARETH NEVES PALAU

