



13/01/2021

Número: **0805915-82.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **20/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
V. D. S. D. C. N. (AUTOR)		JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE (ADVOGADO)	
ADRIANO DA CRUZ NUNES (REPRESENTANTE)		JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38366 587	13/01/2021 15:10	2774311_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

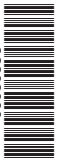
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14552128

Pag. 00769/00770 - carta_01 - INVALIDEZ

00030385





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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta_03 - INVALIDEZ

00060160



Carta nº 1456445



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:10:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315100925200000036589680>

Número do documento: 21011315100925200000036589680

Num. 38366587 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00955/00956 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01853/01854 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00063/00064 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **ADRIANO DA CRUZ NUNES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000143221-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

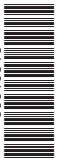
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01095/01096 - carta_15R - INVALIDEZ

00010548



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3190406103

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ADRIANO DA CRUZ NUNES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.939.297

EXPEDIDO POR

SSS/PR

EM

CPF 091932584-28 / CNPJ

PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LAJESSA DOS SANTOS DA C. NUNES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta 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 informação 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 5067 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00142059-7

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.

Santa Rita, 23 de Januário de 2020

LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3190406103

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, ADRIANO DA CRUZ NUNES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.979.297

EXPEDIDO POR SSP/PR

EM 12/03/2020

CPF 037932584-28 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO SEBU GERAIS

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VANESSA DOS S. DA C. NUNES, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 1044 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) 1949 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00143221-8

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.

Santa Rita 19 de Março de 2020

LOCAL E DATA

X Adriano da Cruz Nunes

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO: 15/03/2020
OPERADOR: 000587869
587867

CONTA: 0014701370014322188
NOME: ADRIANO DA CRUZ NUNES
CPF: 07793258428

COD. OPERAÇÃO: 76101542

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

8428.



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ MINES, REPRESENTADA POR ADRIANO DA CRUZ MINES,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.999.297 EXPEDIDO POR SSP-IPC EM 02/12/98 E
CPF 0779932589-3 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO SERVENTE
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ MINES 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 aparecerem 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 0922 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 N° da CONTA (com dígito, se existir) 46070-3

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.

Santa Rita LPB de junho de 2019
LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



I042 Sistema de Informacoes Unificadas 03/02/2017
CAIXA-SIUNI Relacao de Contas por N.CAIXA 12:44:50
N.CAIXA: 17.355.719 MARIA DAS DORES DOS SANTOS PAG: 01 / 01
CPF : 053.614.304-60 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 01/01/1979
Caixa :
S _____ Conta _____ Carteira Dt.Abertura _____ Segundo Titular _____
0922-013-00016070/3 GV 01 18/09/2013





GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência



Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 078/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 07h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANO DA CRUZ NUNES, conhecido por **ADRIANO**, Identidade nº 2.979.297-555/PB, CPF nº 077.932.584-28, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastião Pereira Nunes E Damiana Maria Da Cruz, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/07/1982 (34 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Gino Novo, 48, Renato Ribeiro, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 02 de janeiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Campo Grande, Zona Rural, Sobrado/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Sá Andrade (Sapé) e em seguida encaminhado ao Hospital de Traumas Sem. Humberto Lucena (João Pessoa/PB);

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia acima citado o declarante estava em casa quando um menor de idade filho da senhora conhecida por Simone chegou a sua procura; QUE foi informado pela criança que sua filha Vanessa dos Santos da Cruz Nunes tinha sido atropelada; QUE foi até o local e chegando lá sua esposa já estava no local com sua filha nos braços; QUE os vizinhos a levaram de moto até o Hospital Sá Andrade, sendo depois encaminhada para o Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa; QUE Vanessa ficou internada durante três dias, onde sofreu um procedimento cirurgico; QUE ninguém conseguiu identificar a moto e nem quem a pilotava.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

Sapé/PB, 11 de Janeiro de 2017.

Adriano da Cruz Nunes
ADRIANO DA CRUZ NUNES
Comunicante

Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME
VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

MATRICULA

0731140155 2011 1 00061 235 0048448 47

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

dezoto de julho de dois mil e onze

DIA

MÊS

ANO

HORA DE NASCIMENTO

14:13

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sepé-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO

Sepé-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL DR. SA ANDRADE

SEXO

feminino

PAI

ADRIANO DA CRUZ NUNES e MARIA DAS DORES DOS SANTOS

AVÓS

(PATERNOS) SEBASTIÃO DE BRAS NUNES e GAYANA MARIA DA CRUZ

(MATERNOS) JORGE ANTONIO DOS SANTOS e ARIANA DA SILVA

GENES

SEBASTIÃO DE BRAS NUNES e ARIANA DA SILVA

NAO

NAO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

noite e nove de agosto de dois mil e onze (29/08/2011)

DNV (DEG. NASC. UNIV.)

345362034

OBSERVAÇÕES E AVENÇAS

Registro lavrado em 22/08/2011 no livro A-0731140155, fls. 235 v.

Certidão Alfredo Coutinho

Registro Civil das Pessoas Naturais

Cartório Torres Coutinho

Registro Civil

Sepé - Paraíba

NOME DO OFÍCIO

SERVICÓ REGISTRAL ALFREDO COUTINHO

OFICIAL REGISTRADOR

Heremá Torres Coutinho

MUNICÍPIO

Sepé-PB

ENDEREÇO

RUA ORCINE FERNANDES, 163 - SALG. 117218-NE - 55353-000
SHOPPING - CENTRO - 83 3283 3398 CEP 55353-000 Sepé-PB
CEP - 55353-000 FONE - 83 3283 3398

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé

Sepé-PB, 29 de Agosto de 2011

Certidão Alfredo Coutinho

Heremá Torres Coutinho

Oficial do Registro Civil

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comprovação de ato declaratório



Eu, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ ALVES, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 167.448.854-63, residente e domiciliado na RUA SANTO ANTONIO, 165, VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita/PB, 19 de Junho de 2019

Local e data



Declaração de Inexistência de IML



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
DATA DE NASCIMENTO	18/07/11
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.603
BOLETIM DE ENTRADA N.º	971.575
DATA DO ATENDIMENTO	02/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO
CID 10	S52.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente, de menor idade, foi atendido neste Serviço, procedente do Ortopedia, vítima de atropelamento(sic), referindo dor com edema em cotovelo esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Apresenta fratura de olecrano esquerdo. Paciente já veio encaminhada com diagnóstico da fratura. Internação para cirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

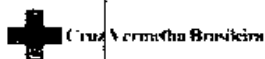
Tratamento cirúrgico de fratura de volécrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	05/01/17
DATA DA EMISSÃO:	17/07/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 871676



Identificação do paciente				
ID	Nome			Sexo
1123843	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES			Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Resgisto	Prontuário
19/07/2011	5 anos 6 meses 15 dias	SOLTERO(A)	NAO INFORMADA	
Mãe	Pai			
MARIA DAS DORES DOS SANTOS	ADRIANO DA CRUZ NUNES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
NAO INFORMADO	MARIA DAS DORES DOS SANTOS - MAE			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cms		
REGISTRO DE NASCIMENTO	07311401552011100061235004844847	898003959098784		
Local de procedência	Tipo		UF	
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	UNIDADESAUDE		PB	
Email	Naturalidade	CBQR		
	SAPE			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58340000	SAPE	PB	RENATO RIBEIRO	
Número	Complemento	Bairro		
S/N		CENTRO		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Comênio		
02/01/2017 16:10:30	5922306	SUS		
Especialidade	Clínica			
PEDIATRIA	CLÍNICA PEDIATRICA			
Classificação de risco	Origem do paciente			
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
URGENCIA	ATROPELAMENTO	MOTO X PEDESTRE		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Sim	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
AMBULANCIA	AMBULANCIA			
Sinais Vitais				
PA	Pulso		Temperatura	
X				
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por				
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO				
Tempo				
05min 60seg				

Imprimir

02/01/2017 16:11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:10:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315100925200000036589680>

Número do documento: 21011315100925200000036589680

Num. 38366587 - Pág. 16

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000143221-8

Nr. da Autenticação 9EC0C3F6F5E13360



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanessa dos Santos da Cruz Nunes
RG nº _____, _____ / _____, CPF nº 157.448.854-63
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua / Avenida / Praça)	<u>Rua Santa Antônio</u>
Número	<u>365</u>
Apto. / Complemento	
Bairro	<u>Vargem Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98658-5914</u>

Por ser verdade, firmo-me, sob as penas da lei.

Local e data: Santa Rita, 25/03/2019

Assinatura do Declarante: x Adriano da Cruz Nunes



NOÍRIA PEREIRA DE LIMA
RUA SANTO ANTONIO, 185 - VÁRZEA NOVA
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (AB-1)

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Conto: 8 - 9 - 733 - 5530 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00001121532 Emisso: 15/03/2019

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-270, Km 76 - Centro Redevel - 85940-000 Foz de Iguaçu - PR
CNPJ: 09.035.180/0002-40 Insc. Est. 10.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 021.872.517
Cód. para Desc. Automática: 00011872991

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	073.306.654-07

UC (Unidade Consumidora): 5/1187299-1

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem a certeza de seu consumo e qualquer problema é sempre um compromisso de excelência na -35 Entre em contato por e-mail: dos.assessoria@energisa.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/02/19	Data 15/03/19			
Letura 857	Letura 857	1	0	20
Demonstrativo				
Descrição				
Quantidade: Total (kWh) Valor Base Calc. R\$ Valor Base Calc. R\$ (R\$) Valor Base Calc. R\$ (R\$) Valor Base Calc. R\$ (R\$)				
Tributos: ICMS (R\$) IPTU (R\$) ITR (R\$) PIS (R\$) COFINS (R\$) PIS (R\$) COFINS (R\$) PIS (R\$) COFINS (R\$)				
0501 Custo de Disponibilização				
24,85 24,85 25 2,21 24,85 0,26 1,22				

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 24,85 24,85 2,21 24,85 0,26 1,22
Tela 1/1770 0,571770

22/03/2019 R\$ 24,85

Histórico de Consumo (kWh)

33	30	27	24	21	18	15	12	9	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mar/19	Apr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20								

RESERVADO AO FISCO
051e.2e41.12e3.fce5.d54e.90a7.3faf.79d2.

Indicadores de Qualidade			Limites de Tensão (V)		
Unidade da ANEEL	Apurado	Unidade da ANEEL	Unidade da ANEEL	Apurado	Unidade da ANEEL
DISPONIBILIDADE	5,42	0,00	DISPONIBILIDADE	5,42	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	10,86	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	10,86	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	2,73	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	2,73	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	3,39	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	3,39	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	6,72	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	6,72	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	13,45	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	13,45	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	3,11	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	3,11	0,00
QUALIDADE DE ENERGIA	12,22	0,00	QUALIDADE DE ENERGIA	12,22	0,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não tenha(m) sido paga(s) em tempo hábil, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 29/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não garante a continuidade de fornecimento do fornecimento, caso o cliente não se manifeste no prazo de 15 dias após a suspensão do fornecimento para a regularização. Caso o cliente não se manifeste no prazo de 15 dias após a suspensão do fornecimento, o fornecimento será suspenso. O cliente poderá solicitar a retomada do fornecimento após a regularização. O cliente deverá pagar a fatura suspensa e a fatura de regularização. O cliente deverá pagar a fatura suspensa e a fatura de regularização. O cliente deverá pagar a fatura suspensa e a fatura de regularização.

energisa

Rotário: 8 - 9 - 733 - 5530
Matrícula: 1187299-2019-03-3
83630000000-4 24850054000-5 11872992019-9 033000009019-2

22/03/2019 R\$ 24,85

Itaú Unibanco S.A.

Praça Afonso de Albuquerque, 150, Torre Operacional 1
04040-000 São Paulo, SP
www.itau.com.br

foram considerados as parcelas 'X', 'Y' e 'Z' e mais 03 parcelas variáveis. Se o pleito autoral for deferido, tem-se que as parcelas 'X', 'Y' e 'Z' serão calculadas 02 vezes para fins de cálculo da PLR - a primeira vez por força da CCT que traz a previsão de que a PLR será correspondente a "90% (noventa por cento) do salário acrescido das verbas fixas de natureza salarial" e a segunda vez quando for utilizada a gratificação semestral, vez que esta já composta pelas parcelas 'X', 'Y' e 'Z'."

Portanto, se a parte da remuneração recebida pelo autor já é considerada para o cálculo da Participação nos Lucros e Resultados e a gratificação semestral for, igualmente, utilizada para o mesmo fim, tem-se que em uma única oportunidade, o salário base e as parcelas salariais fixas serão apuradas em duplicidade para fins de PLR, acarretando o enriquecimento sem causa dos substituídos em contrariedade ao artigo 884 do CC c/c artigo 8º, parágrafo único, da CLT.

Assim, também sob esse prisma, a Convenção Coletiva, por se tratar de norma benéfica, deve ser interpretada restritivamente, a teor do artigo 113 e 114 do CC, sob pena de ocorrer o enriquecimento sem causa do autor.

Requer-se, consequentemente, a improcedência do pleito autoral.

INAPLICABILIDADE DO ARTIGO 400 DO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

O autor requer que a reclamada seja instada a juntar documentos, sob as penas do artigo 359, atual 400 do Código de Processo Civil. O pedido, porém, é completamente improcedente.

O reclamante, na condição de cargo dele do reclamado, tinha ciência e posse de todos os documentos possíveis para a instrução do fato. Se não apresentou todos os documentos ou se o fez de forma incompleta, não pode imputar ao réu a responsabilidade de suprir o defeito formal de sua petição inicial. O autor tinha plena possibilidade de construir de forma precisa sua causa de pedir e apresentar pedidos definidos, assim como poderia juntar aos autos os documentos para comprovação de seus pleitos. Não o fez, contudo, por mera NEGLIGÊNCIA. É a negligência e imperícia do autor não podem ser supridas pelo réu e, muito menos, pelo Poder Judiciário. Cabe ao autor comprovar os fatos constitutivos de seu direito, inclusive, instruindo a petição inicial com os documentos necessários, nos estritos termos dos arts. 387, 388 e 389 da CLT c/c artigo 373, I, do novo CPC, como há tempos decide a jurisprudência do E. 3º Regional:

JUNTADA DE DOCUMENTOS. PRECLUSÃO. Ao autor, remanejado, não cabe alegar a falta de prova documental, limitando-se, a essa, da impugnação, nos termos dos artigos 387 e 389, ambos da CLT, sendo desprovida de fundamentação jurídica a alegação no sentido de que o posicionamento adotado na sentença tornou necessária a juntada de prova documental, pois constitui justo impedimento da juntada de

Itaú Unibanco S.A.

Praça Afonso de Albuquerque, 150, Torre Operacional 1
04040-000 São Paulo, SP
www.itau.com.br

documentos com a sua peça de ingresso. (TRT 3ª Região. 8ª Turma. Relator: Convocado Iesse Marton de Freitas. RO: 00677201211103005. 0000677-62.2012.5.03.0111. Data de Publicação: 18/02/2013 15/02/2013. DEJT. Página 198. Boletim: Não.)

De outra parte, cabe frisar que o autor não justifica na petição inicial por qual motivo não realizou a juntada dos documentos requeridos; apenas alega que esses documentos deverão ser juntados pelo reclamado sem ao menos, de igual modo, justificar a razão pela qual o réu deve realizar a juntada desses documentos, colidindo frontalmente com a expressa determinação do art. 397 do novo CPC, que dispõe:

Art. 397. O pedido formulado pela parte conterá:
I - a individualização, tão completa quanto possível, do documento ou da coisa;
II - a finalidade da prova, indicando os fatos que se relacionam com o documento ou com a coisa;

Ora, se o autor pretende que o reclamado repile a juntada de suposto e imaginário documento que pudesse provar a tese inicial, deveria ter dito, pelo menos, a existência de especificar quais seriam esses documentos e, principalmente, esclarecer qual a finalidade da prova com a apresentação do documento requerido. O autor ignora seu ônus processual e irresponsavelmente lança requerimento a esmo, sem cumprir a exigência legal.

Genha especial relevo esta circunstância se se considerar que o pedido autoral não foi deferido por Vossa Excelência, o que, novamente, demonstra o desacerto da tese inicial. Afinal, o artigo 396 do novo Código de Processo Civil é de clareza solar ao estatuir que a parte somente deverá apresentar documento se o juiz assim o ordenar:

Art. 396. O juiz pode ordenar que a parte exhiba documento ou coisa que se encontre em seu poder.

A exigência, portanto, foi descumprida pelo reclamante. Além do mais, como esclarecido, os documentos pleiteados sempre estiveram ao seu alcance. Nunca houve nenhum embargo por parte do réu em conceder acesso aos documentos inerentes ao contrato de trabalho. Tanto é verdade que o autor nem mesmo alega que houve óbice ou qualquer coisa que fosse imprescindível à proposição da demanda. Até porque - e o ponto aqui é de grande relevância - os documentos necessários ao deslinde da controvérsia foram apresentados com a petição inicial, nos estritos termos do artigo 387 da CLT. Deixar não se pode falar, nem por hipótese, na aplicação da penalidade do artigo 359, atual artigo 400 do Código de Processo Civil, como já pontuava a jurisprudência:

PENALIDADE PREVISTA NO ART. 359 DO CPC. CABIMENTO. A penalidade inserida no art. 359 do CPC tem cabimento apenas quando o requerido não ciente a exibição nem a justificar e se a recusa for legítima. Não se inserindo o caso dos autos à hipótese legal, não há falar na verificação dos fatos alegados pela parte requerente. (TRT 12ª Região. 1ª Turma.



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Vanessa dos Santos da Cruz Nunes</u>		Registro: <u>011</u>	
Idade: <u>05A</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>011</u>
Data de admissão: <u>02/01/14</u>		Data da alta: <u>05/01/17</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fratura de Ombreira</u>			
Diagnóstico final:			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: <u>0 mesmo</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Redução e encurtamento de A.A. 02/01/14</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>an. Roberto Santos</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coléte de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente evoluiu bem, sem complicações, alta hospitalar.</u>			
Dieta:			
Reposo:			
relativo em casa por, _____ dias;			
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias;			
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias;			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa:			
Retorno: <u>no HIOB</u> <u>01/01/17</u> para retirada de ponto			
Ao ambulatório <u>05/01/17</u> em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>05</u> de <u>01</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico / CRM: <u>011</u>			

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



[illegible]

0922200 BE.: 971575
 VARIEDADE DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
 DT. RESEC.: 10/07/2011
 MRE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
 END.: RENEATO ALMEIDA
 N.º/IN.: CENTRO
 S. SAKPE
 FONE.: ()
 CELULAR: ()
 [IDONE: 8
 DT. ENTRADA: 02/01/2017 16:12:30

B. E.

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
-------------------	--	--------	-------

Para encaminhar da do Extratores, vítima / de outro
relatório por meio de um e-mail a partir de onde todos
seu ser e estar no estovos. B. Naga outros
Amigos.

VIAS
AÉREAS ☒ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ SIM ☒ NÃO

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM ☐ NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD	☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente	HTE	☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
-----	--	-----	--

2- RUIDOS

☐ SIM	HTD	☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores	HTE	☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
☒ NÃO				

PR: _____ imp SaO₂ _____ %

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletrérica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE
PULSO ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA
RÍTIMO ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS ☒ Normofonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
☐ Presente ☒ Ausente
☐ Sim ☐ Ndo

SOPRO
BE OU B4
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

Pupilas: ☒ Heteroagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		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 contínuo estímulo	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:					

F(NG).CC.001-2





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

10000000000000000000

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Vanessa dos Santos da Cruz Nunes

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

977533

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓDIGO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

F.I.O. DE Kirschner N.º 115 - 01 - EM USO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO

44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

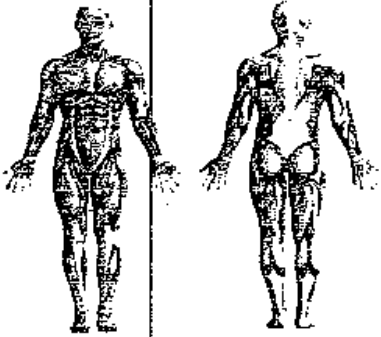
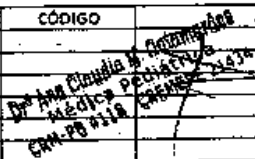
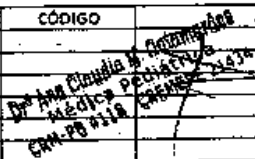
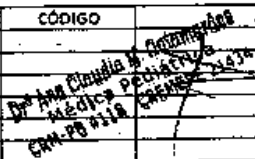
AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

EXAME SECUNDÁRIO																																				
ALERGIA:	☒ Não ☐ Sim:																																			
MEDICAMENTOS:	☒ Não ☐ Sim:																																			
IMUNIZAÇÃO	☐ Não ☒ Sim:																																			
PATOLOGIA	☒ Não ☐ Sim:																																			
ALIMENTOS INGERIDOS:	☐ Não ☒ Sim: <u>uma dúzia</u>																																			
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →  1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Injurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encastrado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																			
OBS.:																																				
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau																																			
EXAMES SOLICITADOS	☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal ☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial ☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea																																			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td><u>Exame físico</u></td> <td></td> <td rowspan="10">  </td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	<u>Exame físico</u>			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																	
1	<u>Exame físico</u>																																			
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____ Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____ DESTINO DO PACIENTE DATA _____ DA _____ SAÍDA _____ HORAS: _____ ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (setor) ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revella ☐ Desistência ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ HML ☐ SVO _____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																			

FUNG: 00000000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:10:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315100925200000036589680

Número do documento: 21011315100925200000036589680



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

977555

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - SEXO

Fem. 13

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE Kirschmer N: 1,5 - 0,5 em uso

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Primeiro Atendimento Médico



BE: 971575
VIVIANE DOS SANTOS DA CRUZ MOREIRA
DT. NASC.: 10/07/2011
MÃE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END.: RIBATO RIBEIRO
M. S/N - CENTRO
SABE
FONE: ()
CELULAR: ()
IDONE: 8
DT. ENTREGA: 02/01/2017 15:10:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente envolvendo o sistema de trânsito, vítima de queda por moto, sem lesões aparentes, com dor no cotovelo B. Nega outros sintomas.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
2- RUIDOS
HTD: ☐ Sim ☒ Não
HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleetórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☒ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☒ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☒ Não
FC: ☐ bpm PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C
ECG:

ABDOMEN: *flexão*

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<u><4anos</u>)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esontânea	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 continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Imitado (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	13				

F(NG).CC.001-1



#0000010

02/01/14. 14:50,

#0000010

apresenta SP, com obra
restrita qd fixa de ordem (B)
após desapropriação.

#0000010 com 1 obra em
cópia (B), materiais. propriedade.

#0000010 com 1 obra em
cópia.

00.000.







RELATÓRIO DE CIRURGIA

el X
FICHA

Nome: Vanessa dos Santos da Cruz Naves BE/Prontuário: 975575
Idade: 5a Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 04/03/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TT0 cirurgia de fratura de Olerano
Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Dr. Kary
2º Assistente: Dr. Andre 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Alby
Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Olerano</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TT0 cirurgia de fratura de Olerano</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Helton B. Dias Jr.
Médico
CRM-PE 0254

João Pessoa, 04/03/17

F(NG).ASCIR.009-1



SECRETARIA
DE SAÚDE

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <u>Vamessa dos Santos da Cruz Nunes</u>		MPP 2001	
IDADE: <u>5</u>	BE: <u>93153</u>	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:
CID: <u>12</u>	CID: <u>12</u>	LEITO:	
CIRURGIÃO: <u>Balberto</u>		PAUX:	
ANESTESIA: <u>Geral</u>			
ANESTESISTA: <u>Suelio</u>			
INSTRUMENTADOR:			
DATA: <u>12/11/19</u>		TEMPO CIRÚRGICO: <u>12:30</u>	INÍCIO: <u>12:30</u> FIM: <u>13:30</u>
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.			
ALFENTANIL	1	Soro 30ml	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	11 Ringer	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	Soro 30ml	
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	
FENTANIL	1	ALCOOL ETILICO 70%	
FLUMAZENIL		PVPi OGERMANTE	
ISOFLURANO		PVPi TINTURA	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO		PVPi TÓPICO	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	
LIDOCAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA S/ VASO			
MIDAZOLAM			
MORFINA			
NIMBILUM			
PANCURÔNIO			
PETIDINA			
PROPOFOL	1		
RAMPENTANIL			
ROCURÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MATERIAIS		QTD.	
AGULHA 13X4,5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X32			
AGULHA PERIDURAL Nº16			
AGULHA PERIDURAL Nº17			
AGULHA PERIDURAL Nº18			
AGULHA RAQUI Nº25G			
AGULHA RAQUI Nº26G			
AGULHA RAQUI Nº27G			
ALCOODÃO ORTOPÉDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P/ CISTOSTOMIA			
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			
CATETER DE OXIGÊNIO			
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº			
CATETER EPIDURAL Nº16			
CATETER EPIDURAL Nº17			
CATETER EPIDURAL Nº18			
CERA PARA OSSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUÇÃO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MICROGOTAS			
ESPONIA DE PVPi			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALCOODADAS			
GEL ELETROLÍTICO			
JELCO Nº14			
JELCO Nº16			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº18			
JELCO Nº20			
JELCO Nº22			
JELCO Nº24			
KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			
LÂMINA BISTURI Nº11			
LÂMINA BISTURI Nº13			
LÂMINA BISTURI Nº23			
LÂMINA BISTURI Nº24			
LÂMINA DE QERMATOMO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			
LUVA ESTÉRIL Nº7,0			
LUVA ESTÉRIL Nº7,5			
LUVA ESTÉRIL Nº8,0			
LUVA ESTÉRIL Nº8,5			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE BORO			
SCALP Nº19			
SCALP Nº21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL Nº			
TORNEIRINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº4,5			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO ALCOODÃO S/A Nº			
FIO ALCOODÃO S/A Nº			
FIO ALCOODÃO C/A Nº			
FIO ALCOODÃO C/A Nº			
FIOS		QTD.	
FIO CAT. GUT CROMADO Nº			
FIO CAT. GUT CROMADO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE NYLON Nº 3-0			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº1			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIGLACTINA Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIGLECAPRONE Nº			
FIO SEDA Nº			
FITA CARDÍACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO STEINMAN Nº			
FIO STEINMAN Nº			
GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
HEMOST. ABSORVÍVEL			
KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
PRÓTESE VASCULAR			
KIT. PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EMPRESA			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS CORTICAIS			
PARAFUSOS ESPONIOSO			
PARAFUSOS ESPONIOSO			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PARAFUSOS MALEOLAR			
PLACA			
PLACA			
EQUIPAMENTOS			
ASPIRADOR			
() BISTURI ELÉTRICO			
() CAPNÓGRAFO			
() CARDIOMONITOR			
() DESFIBRILADOR			
() FOCO AUXILIAR			
() FOCO CENTRAL			
() MICROSCÓPIO			
() OXÍMETRO DE PULSO			
() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
() PERFURADOR ELÉTRICO			
() SERRA			
CIRCULANTE			

Rosângela N. de A. Silva
Téc. em Enfermagem
COREN 971.136

FPM/ASCT/01-2





RELATÓRIO DE CIRURGIA

1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDH
	Sub-Abdominal
	Abordagem Anterior
	Procedimento de Campos Cirúrgicos
Incisão:	Lin de Amsel
Achados:	Fract. de Osso
Conduta:	Redução Redução indireta com
	auxílio de tração
	+
	Fixação interna com 2 fios K nº 1,5
Fechamento:	— 1 —
Observação:	Tudo certo

Dr. Helson A. Dias Jr.
Médico
CRM 13.351

João Pessoa, 04/05/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
157.448.854-63

Nome
VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Nascimento
18/07/2011

CÓDIGO DE CONTROLE
C961.B6BD.D8D0.4C1B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:46:17 do dia 30/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação





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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0031900320 - carta_03 - INVALIDEZ



Outros



Carta nº 1452445



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Número do Sinistro: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS
DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
CPF: 157.448.854-63

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS
DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADRIANO DA CRUZ NUNES : 077.932.584-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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.

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: 02/07/2019
Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
CPF: 157.448.854-63

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Número do Sinistro: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS
DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
CPF: 157.448.854-63

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190406103 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
NUNES **COMPANHIA DE SEGUROS**

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.10,12,13)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190406103

3 - CPF da vítima:

157.448.854-63

4 - Nome completo da vítima:

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

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

5 - Nome completo:

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA DR. PEDROSA

6 - CPF:

157.448.854-63

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SANTA RITA

9 - Número:

225

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58301-005

16 - Tel.(DDD):

(83) 98733-4301

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:

ADRIANO DA CRUZ NUNES

18 - CPF do Representante Legal:

077.932.584-28

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTOR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1914

13

CONTA: 142059

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ 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 nascituro (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 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: Marcia dos Santos da Cruz Nunes

CPF: 053.614.304-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Adriano da Cruz Nunes

CPF: 077.932.584-28

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Rita, 28 de novembro de 2019

x Adriano da Cruz Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

