

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364696119 3 - CPF da vítima: 805.720.734-53 4 - Nome completo da vítima: Antonio Carlos Vicente

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

5 - Nome completo: Antonio Carlos Vicente 6 - CPF: 805.720.734-53
7 - Profissão: Tratorista 8 - Endereço: Rua Maria de Lourdes da Santamar 9 - Número: 47 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Iguatemi 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9932-8028

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vulgarmente)? ☐ 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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

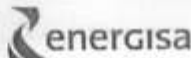
40 - Local e Data, João Pessoa, 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ANTONIO CARLOS VICENTE
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LERDLANDIA
CEP 56300-000 - SANTA RITA / PB (AQ-1)



Clt/Sbt: RESSENCIAL/BAIXA RENDIA MONOPOLICA
Relatório: 10-0009-840-418 Referência: OUT/2019
Medidor: W5035683599 Emissão: 16/10/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
S - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680
CNPJ 04.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.515.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 032.772.874
Código para Débito Automático 0001191869-5

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
OUT/2019	17/10/2019	18/11/2019	80572073453

UC (Unidade Consumidora): 5/1191869-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438, de 20 de abril de 2012.
Comunicação Energisa OHT O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe falta de luz, confira se haverá restrição programada na sua região, solicite serviços ou exatidão devida! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/09/19 Leitura: 415	Data: 17/10/19 Leitura: 499	1	84	30

Demonstrativo

CD Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Total Base	Base Calc. (R\$)	Alug. (R\$)	CMR (R\$)	Base Calc. (R\$)	PS (R\$)	Correção (R\$)
001 Consumo de 30 kWh-BR	30	0,30000	9,00	9,00	0,00	0,00	9,00	0,24	0,20
001 Consumo de 31 a 100 kWh-BR	54	0,32000	17,28	0,90	9,00	0,00	17,28	0,15	0,08
001 Adm. e Anúncio			0,36	0,00	0,00	0,00	0,36	0,00	0,01
001 Adm. e Manutenção			0,77	0,00	0,00	0,00	0,77	0,01	0,05
001 Outros			21,91	0,00	0,00	0,00	21,91	0,00	0,91
ENCARGOS E SERVIÇOS									
001 Desconto Substituição			0,41	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00
001 CONTRIB. SERV. ALIM. PÚBLICA			7,50	0,00	0,00	0,00	7,50	0,00	0,00
001 JUNTOS DE MORA 00019			1,83						
001 JUNTOS DE MORA 00019			0,46						
001 MULTA 00019			0,67						
001 MULTA 00019			0,46						
001 MULTA 00019			0,47						
001 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 00019			0,30						
001 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 00019			-0,39						
001 Emissão de Cópia/Fotocópia de Item			27,88	0,00		0,00	27,88	0,40	1,85
Total									

Mês de vencimento (Mês/Ano)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
74	24/10/2019	R\$ 37,66

Histórico de Consumo (kWh)

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OUT/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19	FEB/19	MAR/19	ABR/19	MAY/19	JUN/19	JUL/19

RESERVADO AO FISCO	61a15752fe819252de07da40438614d0
--------------------	----------------------------------

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 12,35	0,00	NORMAL 220	Item 001	8,90	23,64
DIC TRIMESTRAL 24,71		CONTRACADA	Consumo de Energia	11,75	31,18
DIC ANUAL 49,42		LIMITE SUPERIOR 210	Serviço de Transmissão	1,20	3,17
FIC MENSAL 7,88	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	1,34	3,53
FIC TRIMESTRAL 15,76			Impostos Diretos e Encargos	14,36	38,08
FIC ANUAL 31,52			Outros Serviços	0,00	0,00
CMAC 8,79			Total	37,71	100,00
DICR 16,60			Valor do EUSC/Hat 05/2019: R\$ 10,20		

ATENÇÃO	SEGUNDA VIA DE CONTA	Faturas em atraso
Seu pedido foi atendido dentro do prazo, sendo que o documento foi enviado em 15/10/19.		

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL			
00190.00009.02624.912006.07579.154175.1.80520000003766			
Pagador: ANTONIO CARLOS VICENTE CNPJ/CPF: 805.720.734-03			
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LERDLANDIA - SANTA RITA / PB - CEP 56300-000			
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento
262491200075781	000000000201911	24/10/2019	37,66
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA 09.095.183/0001-40			
BR230 KM 25, 9 N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-680			
Agência / Código do Beneficiário: 3064.3/2447-3			





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO CARLOS VICENTE
DATA DE NASCIMENTO	01/08/69
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.981
DATA DO ATENDIMENTO	21/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, cefaleia, dor no antebraço esquerdo, dor na coxa direita, consciente, torax e abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de radio distal esquerdo, sem desvio, sem indicação de tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
RX de mão esquerda
RX de bacia
RX de coxa direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de radio distal esquerdo, sem desvio.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura distal de rádio esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	21/08/18
DATA DA EMISSÃO:	08/10/18

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1959	Idade 48a 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 983715852
Endereço MARI, SN	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	NP Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 19:01:10	

Anamnese

vítima de acidente de moto (sic). queixa-se de dor na cabeça, no antebraço esquerdo, coxa direita, está consciente. nega dor abdominal e torácica.

conduta - solicito tc de crânio; ralo x do antebraço e mão esquerda; ralo x da coxa direita; bacla.

cetoprofeno 100 mg IV

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ANTONIO CARLOS VICENTE

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(3448/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1968	Idade 48a 20d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 993715852
Endereço MARI, SN	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 19:05:48	

Anamnese

acrescento raio x da coxa direita.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ANTONIO CARLOS VICENTE

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(: 3448/PB)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AR MARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102581	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa 2018-08-21 21:41:39.0
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 48a 21d	Sexo Masculino	CNS
Mão MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 993715952
Endereço MARI, SN			Prontuário
Bairro MUNICÍPIOS			UF PB
Município SANTA RITA			Nº Cons. Regional 6590/PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THALES WENDEL DE SOUSA MAIA	
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 21:42:05	

Anamnese

QUEDA DE MOTO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO FECHADO E SEM DESVIO
CD: TTO CONSERVADOR
GESSO AXILO PALMAR , CURATIVOS E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário THALES WENDEL DE SOUSA MAIA	Data e Hora 21/08/2018 21:41:39
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações CURATIVO + GESSO AXILO PALMAR

ANTONIO CARLOS VICENTE

THALES WENDEL DE SOUSA MAIA
(CRM/6590/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente ANTONIO CARLOS VICENTE	BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 49a 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 993715952
Endereço MARI, SN	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS	Nº Cons. Regional 7104/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 21:03:14	

Anamnese

queda de moto, sem capacete, às 17 horas trauma frontal e perda transitória da consciência.
Evolui sem cefaléia, sonolência ou vômitos

EF: GLASGOW 15, SEM DÉFICIT. SEM CERVICALGIA.

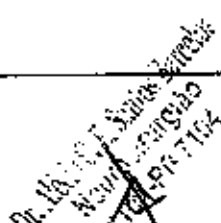
TC CRANIO SEM HEMATOMAS INTRACRANIANOS

CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.

Conduta

Em observação

ANTONIO CARLOS VICENTE


ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS
(CRM: 7104/PB)

112 Vermelho BRASIL HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 21/08/18 19:10
 Usuário: GILSON
 Boletim 1102981

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
ANTONIO CARLOS VICENTE		01/08/1989		49a 20d		MASCULINO		1102981				21/08/2018 19:01:10	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito						Validade da Prescrição					
								21/08/2018 19:01:00 - 22/08/2018 19:01:00					
Coligando				Matrícula								Senha	
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximando
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG	Observação: dor	E.V.			
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0		Observação: trauma				
2 NEUROCIRURGIA			Observação: trauma				
3 PARECER ORTO	0,0						

21 de Agosto de 2018

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
 CRM: 3448

Gilson
 Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANTÔNIO CARLOS VICENTE		Prontuário
Data de 01/08/1969	Nº Boletim Emergência 1102981	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA (trauma) 21 08 18 JK 67		

21 de Agosto de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANTONIO CARLOS VICENTE		Prontuário
Data de 01/08/1989	Nº Boleim Emergência 1102981	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (trauma) RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (trauma) RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA (trauma) RADIOGRAFIA DE BACIA (trauma)		

26/07/2018
21/08/18

21/08/18

4

21 de Agosto de 2018

Assinatura

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 01 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1102881



Identificação do paciente

ID 1318473	Nome ANTONIO CARLOS VICENTE		Sexo Masculino
Data de nascimento 01/08/1959	Idade 48 anos 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS	Pai ANTONIO CAROLINO VICENTE		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DELANIO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993715962	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1382384	Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade LUCENA	ICBO/R	

Endereço

CEP 58302320	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro MARI
Número SN	Complemento	Bairro MUNICÍPIOS	

Admissão

Data e Hora 21/08/2018 15:39:44	Número da pulseira 1000004488216	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Verbo do ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CD
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 01 min 09seg

Imprimir

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIP. 124.

Antonio Carlos Vicente
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

Nome

Nascimento

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.382.364-2ª Via. DATA DE EMISSÃO DE 2004

NOME ANTONIO CARLOS VICENTE

ALIACÃO Antonio Carolina Vicente
Maria do Carmo dos Santos

Lucena, PB 01.08.1969.
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

OSC ORIGEM Cert. Nasc. N.º 9765 Pla. 4014 v. 12. Cart. de Lucena, PB.

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 9.029 DE 29/06/83

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

 CORREIOS



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **805.720.734-53**

Nome: **ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data de Nascimento: **01/08/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/04/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:51:23** do dia **18/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0D81.0C17.9D00.D566**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 7237192729
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 1 - 777819678
CÓDIGO DE REGISTRO - 2008

KATIA SILENE PESSOA DA SILVA
RUA PAULO JOSE DOS SANTOS 124
CASA-CENTRO
TIMBAUBA-PE

692.050-434-00
55870-000
KUB374

PE 912012012R127508

HONDA/CU 125 TITAN FS 2001 2002

2P/124EL	PARTID	VERDE
IPVA 2008 DEBITADO		
SEGURO PAGO		

AL. FID. CONS NAC HONDA LTDA

TIMBAUBA
1º de Maio S. de Udo Comp
Cidade: CIRETAS - Timbaubá 04/03/08
DATA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	ENCARGOS DO DETRAN
IPVA - 1: COTA	IPVA - 2: COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
SEGURO OBRIGATÓRIO	
MULTAS DE TRÂNSITO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 7237192729
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 1 - 777819678
CÓDIGO DE REGISTRO - 2008

KATIA SILENE PESSOA DA SILVA
RUA PAULO JOSE DOS SANTOS 124
CASA-CENTRO
TIMBAUBA-PE

692.050.434-00
55870-000
KUB374

PE 912012012R127508

HONDA/CU 125 TITAN FS 2001 2002

2P/124EL	PARTID	VERDE
IPVA 2008 DEBITADO	VERIFICACAO	
SEGURO PAGO	2P	
	3P	
	4P	
	5P	
	6P	
	7P	
	8P	
	9P	
	10P	
	11P	
	12P	
	13P	
	14P	
	15P	
	16P	
	17P	
	18P	
	19P	
	20P	
	21P	
	22P	
	23P	
	24P	
	25P	
	26P	
	27P	
	28P	
	29P	
	30P	
	31P	
	32P	
	33P	
	34P	
	35P	
	36P	
	37P	
	38P	
	39P	
	40P	
	41P	
	42P	
	43P	
	44P	
	45P	
	46P	
	47P	
	48P	
	49P	
	50P	
	51P	
	52P	
	53P	
	54P	
	55P	
	56P	
	57P	
	58P	
	59P	
	60P	
	61P	
	62P	
	63P	
	64P	
	65P	
	66P	
	67P	
	68P	
	69P	
	70P	
	71P	
	72P	
	73P	
	74P	
	75P	
	76P	
	77P	
	78P	
	79P	
	80P	
	81P	
	82P	
	83P	
	84P	
	85P	
	86P	
	87P	
	88P	
	89P	
	90P	
	91P	
	92P	
	93P	
	94P	
	95P	
	96P	
	97P	
	98P	
	99P	
	100P	

AL. FID. CONS NAC HONDA LTDA

TIMBAUBA
DATA 04/03/08
CNPJ 08.123.456/0001-00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	ENCARGOS DO DETRAN
IPVA - 1: COTA	IPVA - 2: COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
SEGURO OBRIGATÓRIO	
MULTAS DE TRÂNSITO	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364696/19

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

CPF: 805.720.734-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 21/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS VICENTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO CARLOS VICENTE : 805.720.734-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: ANTONIO CARLOS VICENTE
CPF: 805.720.734-53

ANTONIO CARLOS VICENTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592623 Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

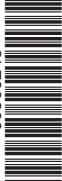
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592623

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

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



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592623

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364696119 3 - CPF da vítima: 805.720.734-53 4 - Nome completo da vítima: Antonio Carlos Vicente

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

5 - Nome completo: Antonio Carlos Vicente 6 - CPF: 805.720.734-53
7 - Profissão: Tratorista 8 - Endereço: Rua Maria de Lourdes da Santamar 9 - Número: 47 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Iguatemi 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9932-8028

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vulgarmente)? ☐ 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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00177.01.2019.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00177.01.2019.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Leonardo Souto Maior Soares, matrícula 1559940, e lavrado por Clélio Pessoa de Carvalho, Agente de Investigação, matrícula 1818686, ao final assinado, compareceu **Antonio Carlos Vicente**, CPF nº 805.720.734-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tratorista, filho(a) de Maria do Carmo dos Santos e Antonio Carolino Vicente, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 01/08/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria de Lourdes Santana, Nº 47, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Uma Rua Antes da Creche, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99381-3877.

Dados do(s) Fatos:

Local: No Canal de Irrigação da Fazenda Santana, Fazenda Santana, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 21/08/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia, hora e lugar acima mencionados estava pilotando a moto HONDA/CG 125 TITAN KS, COR VERDE, PLACA, KCU8374, CHASSI 9C2JC30102R129508, cujo CRV esta no nome de Katia Silene Pessoa da Silva(CPF 692.050.434-00), quando caiu no canal de irrigação da FAZENDA SANTANA localizada em Lerolândia, Santa Rita-PB. Afirma que devido ao acidente ficou ferido e foi socorrido pelos funcionários da Usina Japungu e levado ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, sendo neste diagnosticado com FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S52.6.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Santa Rita/PB, 16 de outubro de 2019.

CLÉLIO PESSOA DE CARVALHO

Agente de Investigação

ANTONIO CARLOS VICENTE

Noticiante

