



15/06/2021

Número: **0804854-04.2021.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **31/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES (AUTOR)		BRUNO MOTA LUCENA (ADVOGADO) LAMARCK LEITE DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44521 928	15/06/2021 09:55	2814811_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190572710 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P1).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000105138-1

Nr. da Autenticação 3CC7128804A80909





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3459/2019

Aos SETE (07) dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia, ao final assinado. Aí, por volta das 14h53min, compareceu, **FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**, brasileiro (a), RG: 633927 SSP/PB, CPF: 337.962.624-49, natural de Condado/PB, data de nasc. 04/05/1960, solteiro, moto-taxi, Filho (a) de Espedito Jose Rodrigues e Rita Eugenio Rodrigues, Residente na Rua Wandy Alves, nº 172, Bairro Vitória, Patos /PB, Tel.: (83) 9.9824-6036, fim de prestar a seguinte queixa:

=====

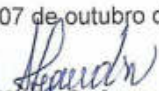
QUE, o notificante afirma que, na data 08/07/20/2019, por volta das 06:40 horas, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN ES, Placa: MNM5675/PB, Renavam: 00886073758, ano/modelo: 2006/2006, cor: VERMELHA, chassi: 9C2KC08506R851241, Licenciada em nome do noticiante, no bairro Belo Horizonte, nesta cidade, quando em frente o cemitério São Miguel, colidiu em um animal (cachorro), e, perdendo o controle da moto, caiu, que foi socorrido por terceiros e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB, onde ao ser examinado, foi constatado fratura no tornozelo direito.

=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. **TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Francisco Eugenio Rodrigues

Patos/PB, 07 de outubro de 2019.


Ana Mª da C. Leandro
Escrivão da Policial Civil AD-HOC
Mat 138.428-7



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: 3 - CPF da vítima: 337.962.624-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eugênio Rodrigues

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

5 - Nome completo: Francisco Eugênio Rodrigues 6 - CPF: 337.962.624-49
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Wandy Alves 9 - Número: 334 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vitória 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58706-000
15 - E-mail: emmanoela@hotmail.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 3421-8003

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00105138 1 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vulnascor)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
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, Patos - PB, 07 / Outubro / 2019

Francisco Eugênio Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)



FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES
RUA WANDY ALVES, 334 - VITORIA
PATOS / PB CEP: 58708-000 (AG: 118)



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Soc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotam 14 - 118 - 435 - 5520 Referência Jun / 2019
Medidor 0000333 72 Emissão 21/06/2019

ENERGISA PARÁR - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-250, Km 25 - Crato Resolutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-630
CNPJ 08.096.193/0001-40 - Insc Est. 18.016.920-0

Nota Fiscal / Conta de Exemplo E-11111111111111111111
Cód. para Dth. Automático: 00004493615

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	337,962.624-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/449361-5

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Seja mais em saúde.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/05/19	Leitura 10743	Data 21/06/19	Leitura 10977	
		1°	134	29

Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0801	Consumo em kWh	134,000	0,354405	114,48
0801	Adic B Amarela	0,73	0,73	0,73
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	14,15	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2019	0,19	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2019	2,71	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONI, ÁRIA 05/2019	0,01	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item. TOTAL: 132,27 115,22 31,10 115,22 1,24 6,76
Tarifa s/ Tributos 0,571170

Medida última (médio kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
134	01/07/2019	R\$ 132,27

Histórico de Consumo (kWh)											
177	143	187	152	130	212	182	174	174	105	174	155
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19

RESERVADO AO FISCO
27c9.1820.fc7a.d87a.b87d.e67e.8c7f.308f.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	0,88	NOMINAL	220	Serviço de Dist. de Energia PB	27,36	20,66
DISTRIBUIÇÃO	11,82			Compra de Energia	39,54	29,92
PERDA	22,04			Serviço de Transmissão	4,25	3,22
PERDA	3,42			Encargos Setoriais	8,47	6,39
PERDA	8,65			Impostos Diretos e Encargos	55,14	41,68
PERDA	13,70			Outros Serviços	0,00	0,00
PERDA	14,05					
PERDA	12,22					
				Total	132,27	100,00

Valor de BUD (Ref. 4/2019) R\$ 62,60

ATENÇÃO	Faturas em atraso





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-97

INFORME N°

MATRÍCULA

28928857

REF. E REAJ.

AGO/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB
58704-460

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Respose	
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública		
075.005.420.0056.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
Y13N713469	09/12/2013	EXT LACRILHADO	POTENC					
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NÚM DE DIAS			
836		851	15		33			
					06/09/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017								
JUL/2019		11	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONF.	
JUN/2019		18	TURBIDEZ		0	0	0	
MAI/2019		10	CLORO		0	0	0	
ABR/2019		10	COL. TERMOT		0	0	0	
MAR/2019		12	COR		0	0	0	
FEV/2019		14	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(H)		12	DADOS REFERENTES A: JUL/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 07/08/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,9

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

5 M3

24,4

ESGOTO

FATURAS EM ATRASO

REF 201906 77,03

REF 201907 45,75

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,77 PIS E CONFINS. IFT 12,74

VENCIMENTO:

19/08/2019

R\$



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARI

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 30/06/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CAS HA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL
28928857	AGO/2019	19/08/2019	R\$

82630000000 5 62360010075 3 02892885701 1 08201910003 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/06/2021 09:55:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061509550461000000042325318>

Número do documento: 21061509550461000000042325318

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eugênio Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.962.624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco Eugênio Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.962.624 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELO HORIZONTE	PATOS	PARAIBA	58704-380
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003	(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976	

Patos - PB, 04 de Outubro de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/07/19 Hora 06 h 51 Genero MC 59 anos
 Nome/Nome Social Enrieste Engenier Rodriguez
 Origem* Un. pública Regulado? () Sim (x) Não
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas doença na per. bimestre Encaminhado? () Sim (x) Não
 Motivo do atendimento* 002
 Cliente Proprio
 Transporte Veículo próprio
 Alergia? (x) Não () Sim
 Uso de medicação? (x) Não () Sim
 Doença prévia? (x) Não () Sim
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA 160/110 mmHg HGT _____ mg/dl

Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável

Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo (x) Verde () Azul

Especialidade Médica Cardiologia

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 (x) Acomp. p/ paciente com cond. clinica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes
COREN-PA 553 553 ENF

Enfermeiro/Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I RITA EUGENIA RODRIGUES FILIAÇÃO II ESPEDITO JOSE RODRIGUES
NASCIMENTO 04/05/1968 IDADE 59a 2m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO MOTO TAXI
ENDEREÇO RUA VANDY ALVES nº334 BAIRRO SAO SEBASTIAO
CIDADE PATOS U.F. PB CEP 58706130
TELEFONE CELULAR 83998246036
CNS 704304506127794 R.G. 633927 CPF 337.962.624-49 REG. NASC.
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

F.A.A. 52370 PRONTUÁRIO 28537
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 08/07/2019 Horário: 06:58 OPERADOR KGOMES
CARATER 05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
PROCEDIMENTO 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE VEICULO PROPRIO
PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MILO DOS SANTOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PAm X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

Sonally Santos
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 7194/PB
230106006
23060087



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

1- _____ 2- _____ 3- _____

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

orthopedic

Utiliz de Yang în Tornado
creează forma de uchiō tate
sau desus.

es: gesso + Ritorno -

Dr. Satoru Watanabe
Chiropractic & Traumatologia
Craiova 6151 Craiova 7024

ITA	HORA
-----	------

[illegible]



Lauda médica

Declara para a Aviação Civil que
o Sr. Francisco Eugênio Rodrigues
deu entrada no Hospital Regional de
Patos em 08 de julho de 2019 vítima
de acidente de moto apresentando
como diagnóstico fratura maldito
lateral tornozelo direito tratado
conservativamente com imobilização
gessada. Atualmente apresenta
fratura consolida porém com
perda de 30% da força no
tornozelo direito no rubro ao
esquerdo como sequelas do trauma
articular. CID: S82.6 Pató, 17/10/2019
T93.2

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119





Tomozelo D, AP
20191014-01-0003

Tomozelo D, Lateral
14/Oct/2019 19:26:06
Tomozelo D, Lateral
14/Oct/2019 19:26:21
Tomozelo D, Lateral
14/Oct/2019 19:26:40

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, *4/Mai/1960



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/07/19 Hora 06h 51 Gênero MC 59 anos

Nome/Nome Social Enoberto Engenheiro Rodrigues

Origem* U.S. público Regulado? () Sim (x) Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas doença na perna direita Encaminhado? () Sim (x) Não

Motivo do atendimento* 002

Cliente Papa

Transporte Veículo próprio

Alergia? (x) Não () Sim

Uso de medicação? (x) Não () Sim

Doença prévia? (x) Não () Sim

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA 160/110 mmHg HGT _____ mg/dl

Dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável					

Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo (x) Verde () Azul

Especialidade Médica Urgência

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
() Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 (x) Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes
COREMP 53 553 ENF

Enfermeiro/Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, 5/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I RITA EUGENIA RODRIGUES
NASCIMENTO 04/05/1968
PROFISSÃO MOTO TAXI
ENDEREÇO RUA VANDY ALVES Nº 334
CIDADE PATOS U.F. PB BAIRRO SAO SEBASTIAO
TELEFONE CEP 58706130
CNS 704304506127704 R.G. 633927 CPF 337.962.624-49
ESTADO CIVIL SOLTEIRO REG. NASC.

F.A.A. 52370 PRONTUÁRIO 28537
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 08/07/2019 Horário: 06:58 OPERADOR KGOMES
CARATER 05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
PROCEDIMENTO 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE VEICULO PROPRIO
PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MILO DOS SANTOS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

Sonally Santos
Médica
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço
CRM 7124/PB
2301060066
23060087



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

1. _____ 2. _____ 3. _____

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

orthopedic

Utilize de 70mg no Toraxido
com 70mg de naltrexona
sem desvio.

es: gesso + Peterao.

Dr. Sascha Wanderley
 2500 St. Louis Avenue
 Chicago, IL 60612-7024

STA	HORA
-----	------

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1656494465

PROIBIDO PLASTIFICAR
1656494465

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE
633927 SSP PB

CPF
337.982.624-49 DATA NASCIMENTO
04/05/1968

FUNÇÃO
ESCRITÃO JOSE RODRIGUES
RITA EUGENIO RODRIGUES

PRIMEIRO SOBRANOME
RCC
CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
00591607005

VALIDADEZ
03/07/2023

1ª EMISSÃO
04/04/1998

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
17/07/2018

31300417980
PD037099868

PARAIBA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.653 575 DATA DE
Emissão 10/01/2019

NOME
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA
ARAÚJO

FILIAÇÃO
ANTÔNIO XAVIER DE SOUZA
MARIA ÂNGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
TABIRA-PE 28/10/1975

DOC ORIGEM
CERT. CAS. Nº1736 - LIV.B-7 - FLS.23 V - CARTORIO TABIRA-PE

CPF
029 848 084-01

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 15/06/2021 09:55:04

LEVA A ELO DE 20/08/03

A+



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014799072702
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 0088607375-8 00/00000000 2019
FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

33796262449
PLACA ANT-UF- PB
NOVO PB 9C2KC08506R851241

PAS/MOTOCICLON/ GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2 P/149 /C1 ALUGUEL VERMELHA

1 P 00/00/0000

V 00/00/0000

A 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

PATOS-PB 28/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014799072702 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

33796262449
PLACA ANT-UF- PB
NOVO PB 9C2KC08506R851241

PAS/MOTOCICLON/ GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2 P/149 /C1 ALUGUEL VERMELHA

1 P 00/00/0000

V 00/00/0000

A 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

PATOS-PB 28/05/2019



PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Eugenio Rodrigues
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Moto-taxista
residente e domiciliado à Rua Wandy Alves
nº 334, bairro Glória, Município de Patos
Estado de(o) Paraíba, Cep: 58706-000, portador(a) do
RG nº 633927, SSP/ PB e CPF nº 337.962.624-49

OUTORGADO: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo, Nacionalidade:
Brasileira, Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, portadora do RG nº 4.653.575, SSDS/PB,
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Horizonte - CEP:
58704-380 - Patos-PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a)
seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante
do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr.(a) FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, ocorrido em
08 / 07 / 19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.
Processo de natureza INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem
precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do
presente mandato.

Patos - PB, 19, de Julho de 2019.

OUTORGANTE
FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Francisco Eugenio Rodrigues
Outorgante

CPF Nº 337.962.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

DINAMÉRICO WANDERLEY SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL TABELÃO		On. Fabiana Pereira, 170 - Centro CEP 58700-000 - Patos - Paraíba Tel: (83) 3421-0000 Fax: (83) 3421-0000
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES		
Em test. da verdade, Patos-PB 19/07/2019 09:16:32		
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESTRELENTE		
C2019-0152951ENL-R\$ 89,91 FAFEN-R\$ 0,29 FEPI-R\$ 1,00 SS-R\$ 0,00		
SELO DIGITAL: AIA32301-PSMA		
Confira a autenticidade em https://selodigital.tiob.us.br		



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

Número do Sinistro: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

CPF: 337.962.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

JANE APARECIDA COSTA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

CPF: 337.962.624-49

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES : 337.962.624-49

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: MARCOS AURELIO VIDAL

CPF: 856.703.089-72

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCOS AURELIO VIDAL





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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

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 14946562

Pag. 01513/01514 - carta_01 - INVALIDEZ

00020757





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190572710 Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E EM CASO DE CIRURGIA A FOLHA CIRÚRGICA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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. 00589/00590 - carta_32 - INVALIDEZ

00070295



Carta nº 14952577





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000105138-1

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



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: 3 - CPF da vítima: 337.962.624-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eugênio Rodrigues

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

5 - Nome completo: Francisco Eugênio Rodrigues 6 - CPF: 337.962.624-49
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Wandy Alves 9 - Número: 334 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vitória 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58706-000
15 - E-mail: emmanoela@hotmail.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 3421-8003

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00105138 1 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
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, Patos - PB, 07/1 Outubro/2019

Francisco Eugênio Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)



