

**Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210099299**

**Vítima: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIANO RODRIGUES DA SILVA**

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 punhos  
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 RODRIGUES DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **0000052627-1**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210099299 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE ULNA DIREITA + PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5/6 \_CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



# 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: 152.374.254-29 4 - Nome completo da vítima: Adriano Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Adriano Rodrigues da Silva 6 - CPF: 152.374.254-29  
7 - Profissão: Boticário 8 - Endereço: Rua do Rosário 9 - Número: 74 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Taboão 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

**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 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: 0733 CONTA: 52627 1 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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 ordens 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.

MORTE

**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 (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 ocorra, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: João Pessoa, 17/10/2020  
Adriano Rodrigues da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CATIA**  
POUPANÇA



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 2252 3121 0172

5067

VÁLIDO ATÉ

05/24

**ADRIANO R DA SILVA**  
0733 013 00052627-1





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01730.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01730.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:35 horas do dia 13 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Sandro de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1331540, ao final assinado, compareceu **Adriano Rodrigues da Silva**, CPF nº 152.374.254-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria de Lourdes da Conceição e José Antonio Rodrigues, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 24/04/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Sossêgo, Nº 74, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Barraca do Irmão, na cidade de Itabaiana/PB, telefone(s) para contato (83) 99104-3678.

### **Dados do(s) Fatos:**


Local: Zona Rural Entre Pilar e Juripiranga, Pilar/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/10/19 16:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

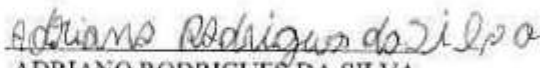
### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA DATA DE 01/10/2019 POR VOLTA DAS 16H20 APROXIMADAMENTE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM UMA ESTRADA DA ZONA RURAL, DO MUNICÍPIO DE PILAR, ENTRE ESTA CIDADE E A CIDADE DE JURIPIRANGA, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO HONDA CG125 FAN, ANO/MODELO 2012/13 (chassi 9C2JC4120DR507534), COR PRETA, PLACA OFX 8810/PB (em nome de Leandro Felix de Lima), QUANDO BATEU EM UM BURACO E PERDEU O EQUILÍBRIO, CAINDO AO SOLO COM A MOTO, QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL GERAL DE ITABAIANA, E LOGO DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR GOV. TARCISIO DE MIRANDA BURITY EM MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO RADIO DISTAL ESQUERDO, CID S52.4, DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. YURI CORDEIRO, CRM 11507-PB.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de fevereiro de 2020.

  
SANDRO DE SOUZA LIMA  
Agente de Investigação

  
ADRIANO RODRIGUES DA SILVA  
Noticiante

# 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: 152.374.254-29 4 - Nome completo da vítima: Adriano Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Adriano Rodrigues da Silva 6 - CPF: 152.374.254-29  
7 - Profissão: Boticários Gerais 8 - Endereço: Rua do Rosário 9 - Número: 74 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itabaiama 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

**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 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: 0733 CONTA: 52627 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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**

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 ordens 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**

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 (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 ocorra, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: João Pessoa, 17/10/2020  
Adriano Rodrigues da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**CATIA**  
POUPANÇA



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 2252 3121 0172

5067

VÁLIDO ATÉ

05/24

**ADRIANO R DA SILVA**  
0733 013 00052627-1





# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ADRIANO RODRIGUES DO SILVA</b>			PRONTUÁRIO Nº
IDADE: <b>30a</b>	SEXO: <b>MASC.</b>	CLÍNICA	LEITO: <b>440</b>

DATA DE ADMISSÃO: <b>01/10/19</b>	DATA DE ALTA: <b>07/10/19</b>	TIPO DE INTERNAÇÃO: <b>S. S. 4</b>
DIAGNÓSTICO: <b>FX RADIO DIGITAL (E)</b>		
DURAÇÃO: <b>0 MESAO</b>		
TRATAMENTO: <b>PLA</b>		

INDICACIONES DE ALTA: **REPOUSO INCLUINDO + FIXAÇÃO INTERNA**

INTERFERÊNCIAS: **INTERFERÊNCIA**

INFECÇÃO  SIM  NÃO      VACINA DE ANTONAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÕES:  MELHORADO     REMOVIDO     A PEDIDO     CURADO     ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: **AVISAR FÉLIX DO TRAMPELA / TRAMPELA, 30**

**PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ATUANDO DE REPOUSO INCLUINDO + FIXAÇÃO INTERNA COM FIO K. RECEBER ALTA COM COMISSÃO**

**DIETA: LÍQUIDA**

**REPOUSO:** Absorção em casa por **15** dias  
 Atividades de atividades com auxílio físico em **30** dias  
 Atividades de atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** **DILUC + CEFILGÍNIA**

**RETORNO** Ao posto de saúde em **07/10/19** para retirada de pontos.  
 Ao Ambulatório do **Dr. POUENHO** em **30 dias** para revisão **07/10/19**

DATA: **07/10/19**

Assinatura: **Dr. Yuz... [assinatura]**  
 CRM: **155.555**

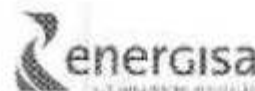
Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia-via de crédito.

Receba por e-mail o comprovante de depósito em sua caixa de e-mail. Nº 038.277.564



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 29.585.163 / 0001-88 Ins. Est. 10.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO  
RUA DO SOSSEGO 074  
ITABAIANA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/253182-0

## REFERÊNCIA

FEV/2020

## APRESENTAÇÃO

03/02/2020

## CONSUMO

106

## VENCIMENTO

10/02/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 68,16

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 11593.481176 4 81610000006816

Pagador: ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 012.239.458-55

RUA DO SOSSEGO 074 - CENTRO - ITABAIANA / PB - CEP 03000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011593481	000253182202002	10/02/2020	R\$ 68,16	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

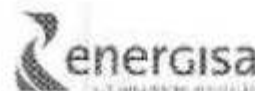


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia-via de crédito.

Receba por e-mail a confirmação da sua fatura no e-mail [cliente@energisa.com.br](mailto:cliente@energisa.com.br). Nº 038.277.564



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 29.585.163 / 0001-88 Ins. Est. 10.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO  
RUA DO SOSSEGO 074  
ITABAIANA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/253182-0

## REFERÊNCIA

FEV/2020

## APRESENTAÇÃO

03/02/2020

## CONSUMO

106

## VENCIMENTO

10/02/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 68,16

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 11593.481176 4 81610000006816

Pagador: ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 012.239.458-55

RUA DO SOSSEGO 074 - CENTRO - ITABAIANA / PB - CEP 03000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011593481	000253182202002	10/02/2020	R\$ 68,16	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

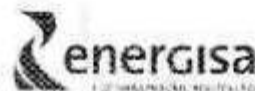


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento sob a responsabilidade de corte.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal com o nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.915.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

### REFERÊNCIA

JAN/2020

### APRESENTAÇÃO

20/01/2020

### CONSUMO

227

### VENCIMENTO

27/01/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SISLID/SCRWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. † 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 ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.013/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriana Rodrigues da Silva inscrita (a) no CPF sob o Nº 152.374.254/29,

na sinistra de DPVAT cobertura Invalidez a Vítima Adriana Rodrigues da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.374.254/29, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declara Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento:
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

PRONTUÁRIO Nº: 92 LEITO Nº: 440

Nome: ADRIANO RODRIGUES DO SILVA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

Sexo: MASC.

DATA DE ADMISSÃO: 01/10/19 DATA DE ALTA: 07/10/19

INDICAÇÃO: FX RADIO DIGITAL (E)

DIAGNÓSTICO: O. MESAIO

TRATAMENTO: PLA.

PROCEDIMENTO REALIZADO: REDUÇÃO INCLUSA + FIXAÇÃO INTERNA

INTERFERÊNCIA:  SIM  NÃO

RELAÇÃO DE ANESTESIA:  SIM  NÃO

EVOLUÇÃO:  MELHORADO  REMOVIDO  A PEDIDO  CURADO  ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: paciente submetido a procedimento cirúrgico através de redução incluída + fixação interna com fio K. recebeu alta com curativo.

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

DIETA: LIQUIDA

REPOUSO: 15 dias em casa, 30 dias de atividades com auxílio físico, 45 dias de atividades com esforço físico, 90 dias de atividades com esforço maior.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: DILÚC + CEFALGÍN

RETORNO: Ao posto de saúde em 07/10/19 para retirada de pontos, em 30 dias para revisão 07/10/19

DATA: 07/10/19

Assinatura: Dr. [Assinatura] CRM: \_\_\_\_\_

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 266878 Atd: Nao Regulado  
Data: 01/10/2019  
Hora: 20:52:40  
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 152.374.254-29 Num. Prontuario: 2019.10.000117  
CNS: 898005836880486 Sexo: M IDENTIDADE: 4702280 Fone: 991043678  
Natural: ITAMBE/PE Data Nasc.: 24/04/1999 Id: 20 ano(s)  
End.: RUA DO SOSSEGO, 0  
Bairro: ACUDE DAS PEDRAS Cidade: ITABAIANA UF: PB  
Mae: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO Pai: JOSE ANTONIO RODRIGUES  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: ACOUGUEIRO Escolaridade: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA  
Tel/Soc. Responsavel: 991043678 / IDENTIDADE: 4702280  
Procedencia: HOSPITAL DE ITABAIANA

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violéncia por: NAO  
 Caso Policial

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispineia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	

Qu. da Principal Observacao

FRATURA DISTAL DE ULNA D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)  
*Arterial direita e esquerda normais ± 3/120/80*

Diagnostico *Fx rotatoria distal (E)* | Conduta *MTD x de BANCALUBANO e PAINA*  
*Bontan Valor (E)* | *CAVINDO*

Prescricao | Horario da medicacao

*Daniel B. Cavalcante*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRP-PB 3248

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

02/10/2019 - Psicologia

Realizados atendimentos + suporte e orient.

Álvia Mary de Medeiros  
Psicóloga Clínica e Hospitalar  
551.228.004-49  
CRP 1312958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
- Transferido
- Desistencia
- UTI
- Alta a pedido
- Enfermaria
- Obito:  Atestado
- SVO
- IML

Álvia Mary de Medeiros

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adriano Rodrigues de Silva Data da Admissão: 01/10/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento  / /

QPD: For e efarmidade

HDA: medic de ab em frax e  
pntes em ab, ab e efarmidade

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposou [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_  
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF  
[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_  
[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_  
Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_  
Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura M. do 2º d. (E)*  
*Bento Valar*

Conduta: *Internar para tratamento cirúrgico*

*Daniel F. Cavalcante*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRP nº 0246



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

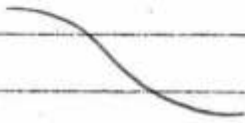
Nome: <b>ADRIANO RODRIGUES DA SILVA</b>				Registro:	
Idade: <b>20</b>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <b>07/10/19</b>	Cirurgião: <b>DR ROMEO RUA</b>			1º Assistente: <b>DR YUMI</b>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>FX RADIO DISTA (E)</b>				<b>S. 52.4</b>	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>O MESMO</b>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<b>RFFI</b>					
<b>REDUÇÃO INCANUSA + FIXAÇÃO INTERNA</b>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim	Descreva:	
			2 ( ) Não		
Biópsia de Congelação:			1 ( ) Sim		
			2 ( ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM PDH SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA  
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

Incisão:



Achados:

PX PROCESSO ESTILOITE RADIO. (E)

Conduta:

REALIZADO MANOBRAS DE REDUÇÃO SOB AUI ESCOPIA  
APOSEIÇÃO DE 2º FIO K SOB AUI ESCOPIA  
LIMPEZA COM 3% IODINE  
CURATIVO  
TALA AXILAR PALMAR

Fechamento:

OBS:

ATA NO 101

Data: 07/10/19

Dr. Yury Cordeiro  
CRM 11.507 PB  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



## FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	
Paciente:	Adriano R. da Silva		
Origem:	HRT		
Solicitante:		Clínica:	

### Motivos do Encaminhamento

Paciente vem há vários de meses de  
motricidade e fraqueza no membro D.

- Exame do paciente indica a presença
- Fratura distal de ulna.

Dueto.

Dr. Henrique M. Gomes  
Médico  
CRM 11005/RB

### Medicação administrada

Vitamina

Encaminhamento para:	Ortopedia em Jussara
Serviço Social	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DE JUSTICA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFICO  
 SUBSECRETARIA NACIONAL DE REHABILITACAO

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIFICACAO / DOCUMENTO Nº: 2627728 SEX: F

CPF: 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO: 21/08/1982

ENDERECO: ALEXANDRE L.M. ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE

SEXO: FOC: 0

Nº IDENTIFICACAO: 0285128660 DATA DE EMISSAO: 16/01/2019 1ª VALIDACAO: 29/05/2001

CATEGORIA:

Assinatura: *Alexandra Cesar Duarte*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 17/01/2014

Assinatura: *Roberto Carneiro* 6458635674 78027919595

ESTADO EM TIPO: 894053231

NOME DO PLASTIFICADOR: 894056231

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOC

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

2-063



Adriano Rodrigues da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**PROCURAÇÃO**

Outorgante: Adriano Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua do Rosário nº 74, bairro Centro, Município de Itabiana, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 4.702.280, SSP/PB e CPF nº 152.374.254-29

Outorgado: Alexandra Bezerra Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte nº 157, bairro Nangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-334, portador (a) do RG nº 262.718, SSP/PB e CPF nº 046.503.754-74

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) Adriano Rodrigues da Silva, ocorrido em 05/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imbalidez

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 de 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.

João Pessoa, 13 de fevereiro de 2020.



Adriano Rodrigues da Silva  
Outorgante  
CPF nº 152.374.254-29

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO**  
**VIEIRA BATISTA**

**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
RUA ELIAS DE FREITAS, 40 - JANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-008000

Reconheço por autenticidade a firma de:  
**ADRIANO RODRIGUES DA SILVA**

Dou fe: em testemunho de verdade. João Pessoa - PB 13/02/2020 10:07:32  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FAREN: R\$ 0,30 IRR: R\$ 0,51  
SELO DIGITAL: AJT86489-PK81  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083840/21

**Vítima:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 152.374.254-29

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 01/10/2019

**Titular do CPF:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### ADRIANO RODRIGUES DA SILVA : 152.374.254-29

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](http://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: 23/03/2021  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2021  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA