

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1911 CONTA: 54889 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 28 de dezembro de 2012.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6717 9160 2036

MARIA DE LOURDES DA SILVA

1911 013 00054889-5 10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 19306.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 19306.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:13 horas do dia 10 de dezembro de 2021, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Luiz Carlos dos Santos, CPF nº 013.669.994-44, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, natural de João Pessoa/PB, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Moacir da Costa Pereira, Nº 271, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98663-4900.

Dados do(s) Fatos:

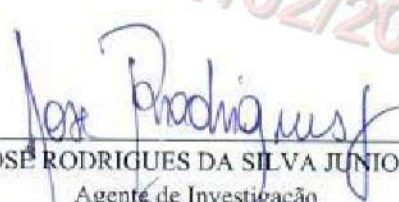
Local: Avenida Principal de Varzea Nova, Cremosinho, Santa Rita/23, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/06/2020 09:00. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 14/06/2020, POR VOLTA DAS 19:00, ESTAVA CAMINHANDO NA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO DE VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, PROXIMO AO CREMOSINHO, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATE O PRESENTE MOMENTO NAO IDENTIFICADO ; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 01:22 DO DIA 14/06/2020, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FERIMENTO DA REGIAO LATERAL DA PERNA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DA REGIAO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. RAFAEL A. VALESTER.

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 fé.

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2021.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LUIZ CARLOS DOS SANTOS
Notificante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 23 de dezembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
SABÃO FUMANTE LITORAL



Governo do Estado
ARRAIBA

Receituário

Paciente: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS

Idade: 55

Data: 14/06/2020 01:22:55

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1241234

ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA

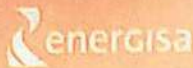
PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO POR MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA ESQUERDA, DOR TORÁCICA E QUE FEZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. NEGA PANCADA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ACUSA DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO HEMITÓRAX ANTERIOR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO. MOBILIDADE DA CABEÇA SEM LIMITAÇÃO E SEM DOR À PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL. ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO PROFUNDA. MOVIMENTOS DOS MMSS E MMII PRESERVADOS. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM EXPOSIÇÃO MUSCULAR, LESÃO DE FASCIA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA COM SANGRAMENTO DE PEQUENA INTENSIDADE, AUSÊNCIA DE PULSO PEDIOSO ESQUERDO.
CONDUTA: EXS. RADIOL. E USG FAST + PARECER DA ORTOPEDIA E ORTOPEDIA.

PELA ORTOPEDIA

FERIMENTO NA REGIAO LATERAL DA PERNA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DA REGIAO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA
CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. RAFAEL ANTUNES VALESTER

12244/PB

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO
RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp.: 220 Lim. mín.: 202 Lim. máx.: 231

JOSEILTON FRANCISCO DO NASCIMENTO

AV BELO HORIZONTE, S/N - P BOA ESPERANCA
JOAO PESSOA / PB CEP 58078432 (AG 5)
ROTEIRO 15 - 5 - 568 - 2650

CPF/CNPJ/RANI 452 721 314-87

CÓDIGO DO CLIENTE

5/2105030-7

CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00008330805

REF: MÊS / ANO

Dez / 2022

VENCIMENTO

02/01/2023

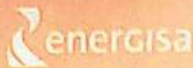
TOTAL A PAGAR

R\$ 110,28

NOTA FISCAL Nº 005834011 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 26/12/22
Consulte pela Chave de Acesso em:
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>Chave de Acesso:
2522 1209 0951 8300 0140 6600 1005 8340 1120 0433 4268EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 10/2022) R\$ 44,21
- HIV/AIDS: O CUIDADO COMEÇA COM A PREVENÇÃO.

Datas de Leituras	Leitura Anterior	Leitura Atual	Nº Dias	Próxima Leitura
	24/11/22	26/12/22	32	25/01/2023

ITENS DA FATURA	Unid.	Quant	Preço unit tributos (R\$)	Valor Total (R\$)	PIS/ Cofins (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq ICMS (%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit (R\$)
Consumo em kWh	KWH	135	0,768300	103,72	4,17	103,72	18	18,66	0,599080
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				4,14	0,00	0,00	0	0,00	
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA				0,27	0,00	0,00	0	0,00	
JUROS DE MORA 11/2022				2,00	0,00	0,00	0	0,00	
MULTA 11/2022				0,15	0,00	0,00	0	0,00	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2022									

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO
RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp.: 220 Lim. mín.: 202 Lim. máx.: 231

JOSEILTON FRANCISCO DO NASCIMENTO

AV BELO HORIZONTE, S/N - P BOA ESPERANCA
JOAO PESSOA / PB CEP 58078432 (AG 5)
ROTEIRO 15 - 5 - 568 - 2650

CPF/CNPJ/RANI 452 721 314-87

CÓDIGO DO CLIENTE

5/2105030-7

CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00008330805

REF: MÊS / ANO

Dez / 2022

VENCIMENTO

02/01/2023

TOTAL A PAGAR

R\$ 110,28

NOTA FISCAL Nº 005834011 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 26/12/22
Consulte pela Chave de Acesso em:
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/nf3e/consulta>Chave de Acesso:
2522 1209 0951 8300 0140 6600 1005 8340 1120 0433 4268EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 10/2022) R\$ 44,21
- HIV/AIDS: O CUIDADO COMEÇA COM A PREVENÇÃO.

Datas de Leituras	Leitura Anterior	Leitura Atual	Nº Dias	Próxima Leitura
	24/11/22	26/12/22	32	25/01/2023

ITENS DA FATURA	Unid.	Quant	Preço unit tributos (R\$)	Valor Total (R\$)	PIS/ Cofins (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq ICMS (%)	ICMS (R\$)	Tarifa unit (R\$)
Consumo em kWh	KWH	135	0,768300	103,72	4,17	103,72	18	18,66	0,599080
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				4,14	0,00	0,00	0	0,00	
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA				0,27	0,00	0,00	0	0,00	
JUROS DE MORA 11/2022				2,00	0,00	0,00	0	0,00	
MULTA 11/2022				0,15	0,00	0,00	0	0,00	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2022									



Poder Judiciário - Tribunal de Justiça
Estado da Paraíba - Comarca da Capital - Fórum Regional de Mangabeira
1ª Vara Regional de Família de Mangabeira - Cartório Unificado
Av. Hilton Souto Maior, s/n - Mangabeira, João Pessoa/PB - CEP:58.013-520 - Tel.:(83):3238-6333

TERMO DE COMPROMISSO - CURATELA DEFINITIVA

Nº DO PROCESSO: 0826806-90.2022.8.15.2001
AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
AUTOR: MARIA DE LOURDES DA SILVA
REU: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

O(A) MM. Juiz(iza) de Direito da 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira - Comarca de João Pessoa, Estado da Paraíba, na forma da lei, etc...

Ao(s) 10 de novembro de 2022, nesta Seção Família, Cartório Unificado, 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira, Comarca da Capital, Estado da Paraíba, onde presente se encontrava o Exmo. Sr. Dr. Sílvio José da Silva, MM. Juiz de Direito, comigo Técnico/Analista Judiciário do seu cargo adiante assinado, compareceu o(a):

CURADOR(A) DEFINITIVO(A):

Sr.(a) Nome: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** - Endereço: Avenida Belo Horizonte, sn, , Planalto Boa Esperança, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58065-012, brasileiro(a), portador(a) da cédula da cédula de identidade nº:890.245,SSDS/PB, e inscrito(a) no CPF nº: 395.388.184-15.

A quem o(a) referido(a) magistrado(a) deferiu o compromisso na forma da lei, de bem e fielmente, sem dolo, nem malícia, cumprir e desempenhar o encargo na forma da Lei de CURADOR(A) DEFINITIVO(A), para fins de representação do(a) curatelado(a) na prática de negócios relativos às suas atividades do dia a dia e demais atos do seu interesse, tais como: de natureza patrimoniais ou negociais, notadamente no que pertine ao saque e administração do possível seu possível benefício previdenciário, dar e emitir quitação em seu nome, formular requerimentos administrativos perante os órgãos públicos, ou fora deles, em defesa dos interesses do(a) curatelado(a), e representá-lo em juízo, face este(a) afigurar-se ser pessoa absolutamente incapaz de praticar tais atos, sozinho(a) ou mesmo assistido(a). Também fica obrigado(a) à prestação de contas quando instado(a) para tanto, conforme determina o art. 84, § 4º, da Lei nº 13.146/2015, ficando vedada a alienação ou oneração de quaisquer bens móveis, imóveis ou de qualquer natureza, pertencentes ao(a) interditando(a), salvo com autorização judicial, devendo ~~seus proventos de aposentadoria, pensão ou rendas de qualquer título ser~~ revertidos em seu benefício. Tudo, conforme sentença prolatada nos autos supramencionado para fins de representação do curatelado(a):

CURATELADO(A):

Sr.(a) Nome: **LUIZ CARLOS DOS SANTOS** - Endereço: Avenida Belo Horizonte, sn, Planalto Boa Esperança, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58065-012, brasileiro(a), portador(a) da cédula da cédula de identidade nº:2.743.633, SSDS/PBx, e inscrito(a) no CPF nº 013.669.994-44.

Tudo sob as penas da lei, dispensada da especialização da hipoteca legal, nos termos do art. 759, inciso I, § 2º do CPC/2015, conforme se processam nos autos da ação em epígrafe, partes qualificadas supra em trâmite perante a 1ª Vara Regional de Família de Mangabeira, Comarca de João Pessoa/PB, Estado da Paraíba. Prestado o compromisso, prometeu cumprir com fidelidade. Do que para constar, lavrei o presente termo. Assim, pelo que dos autos consta, expediu-se, portanto, o presente, pelo qual, presta o(a) curador(a) compromisso na forma da lei. Eu,(CLAUDIA TRIGUEIRO DE ANDRADE ARCOVERDE), Técnico/Analista Judiciário. "Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei. 11.419/2016".

João Pessoa, 10 de novembro de 2022

SÍLVIO JOSÉ DA SILVA
Juiz de Direito

Maria de Lourdes da Silva
MARIA DE LOURDES DA SILVA
Curador(a)

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinado eletronicamente por: SILVIO JOSE DA SILVA
10/11/2022 21:49:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 65952619



22111021493750700000062311009

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

Ficha Nr: 323016 Atd: Nao Regulado
Data: 14/06/2020
Hora: 09:09:32
Recepcionista: ANA KARLA DE OLIVEIRA LO
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/09/1964 Id: 50 ano(s)

End.: AVENIDA SANTA RITA, 0

Bairro: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Religiao:

Medicamentos de Entrada

Peso: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DETRAUMA JP

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Pressao: Altura:

Glucemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Id. vítima de atropelamento, encaminhado do
HOSPITAL após 12h de entrada no hospital. Apresenta
fratura exposta de fêmur (L), com tórax grande
Historia - Exame Físico (hora do atendimento médico)
de partes e ferimento sujo, com mais de 12 horas
de exposição.

Diagnóstico Fratura exposta
de fêmur (L)

Conduta 1. Ao centro cirurgico
para alinhamento e cura

Prescrição

Horario da medicacao

1 SAT 500 mg, 2x ao dia,
em, dose única, 9:55

2 Analgesico 300mg, 9:55
amp. EV, 9:55

Terminado de A. R. P. Filho
Cirurgião de Ortopedia
RUA 384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 14/06/2020

Nome: Uny Claudio dos Santos
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: _____

HDA: Ref. movimento do paciente, vítima

de acidente de motocicleta, com fratura
exposta de fêmur (L) com fratura
de parte mais em região lateral da
perna. Ferimento com corte profundo, com
mancha de 12 horas de evolução.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tecturas ☐ 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 ☐ Solução ☐ 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-reposo ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Data: 16/06/2020

Hora: 16:39:03

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF:

CNS: 898002997548081 Sexo: M IDENTIDADE: 2743633 Fone: 986509954

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 19/09/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA MOACIR DA COSTA PEREIRA, 271

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Pai: LUIZ CAMILO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Tel./Doc. Responsavel: 986509954 / IDENTIDADE: 2743633

End. Residência: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

☐ Axia Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observação

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario de medicação



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Governo do Estado
ARAIBA

Receituário

Paciente: LUIZ CLAUDIO DOS SANTOS

Idade: 55

Data: 14/06/2020 01:22:55

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1241234

ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO POR MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNA ESQUERDA, DOR TORÁCICA E QUE FEZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS. NEGA PANCADA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ACUSA DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DO HEMITÓRAX ANTERIOR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO, MOBILIDADE DA CABEÇA SEM LIMITAÇÃO E SEM DOR À PALPAÇÃO DO CERVICAL. ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLORE À PALPAÇÃO PROFUNDA. MOVIMENTOS DOS MMSS E MMII PRESERVADOS. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM EXPOSIÇÃO MUSCULAR, LESÃO DE FASCIA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA COM SANGRAMENTO DE PEQUENA INTENSIDADE, AUSÊNCIA DE PULSO PEDIOSO ESQUERDO.
CONDUTA: EXS. RADIOL. E USG FAST + PARECER DA ORTOPEDIA E ORTOPEDIA.

PELA ORTOPEDIA

FERIMENTO NA REGIÃO LATERAL DA PERNA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DA REGIÃO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA
CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. RAFAEL ANTUNES VALESTEN

12244/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luiz Claudio da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>14/02/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Tamsstocky Filho</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Lesão exposta de</u>					
<u>fibula (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Idem</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Exatômico de</u>					
<u>expor de fibula (E)</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Biópsia de Congelação:				1 () Sim	
				2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Tamstocky de A. R. Filho
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7618 / TEOT: 1574 / RQE: 5245

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Carla dos Santos</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	EMP:	LR:
Data: <u>18/06/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Renato</u>	° Assistente: <u>Dr. Yany</u>	
2° Assistente:	3° Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

18 DE FIBROIDE (E) (M05.1)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

0 M05.1

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

TTO CONSERVADOR
TROCAR CUPULHA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

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:

pt em DORT sob anestesia
Alsepio + antissepio
Aparição de corpos estranhos

Incisão:

A júnção da lútea

Achados:

União grave de partes moles,
com odor fétido intenso

OBS: mais de 12 h de evolução

Conduta:

Curativo com SFQs.
Debridamento de tecidos necrotizados
Nova cur com SFQs.

Fechamento:

Sutura
Cristina

OBS:

Data: 19/06/2020

Testes de A. R. Filho
Médico de Emergência e Traumatologia
CRM: 15742 / RQE: 15742

MEDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Co - 8 FO, 9%

Incisão:

Achados:

rx fibras @

Conduta:

em observação 6 dias
Retorno 5 dias

Fechamento:

OBS:

MTA RI TPO CONSERVADO
CO - Antitoxico

Data:

11/06/20

Dr. Yuri Cordeiro
CRM 11.687 PB
Otopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		LUIZ CARLOS DOS SANTOS		PRONTUÁRIO Nº	
DIAGNÓSTICO	SEXO	COR	CONCEPÇÃO	REN	LEITO
	M.				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
14/06/20		18/06/20			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
FX FIBULA (E)				S. 32-6	
DIAGNÓSTICO DESTINATÁRIO					
COMPLICAÇÃO					
CAUSAS DO INÍCIO					
PRIMEIRAS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
TTO CONSERVADOR					
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO		☐ SIM ☒ NÃO		CÓPIA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO					
CONDICIONAMENTO		☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ APELOIDO		☐ CURADO ☐ ÓBITO	
RELAÇÃO CLÍNICA		RELAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA COM OUTRO			
Paciente submetido a TTS cirurg DE FIBULA					
LME + TTO DO LEME, FIBULA OPTIMO POR					
TTO CONSERVADOR					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: LIVRE					
REPOUSO: Relativo em casa por dias					
Retorno as atividades sem esforço físico em dias					
Retorno as atividades com esforço físico leve em dias					
Retorno as atividades com esforço físico maior em dias					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se					
febre, procure imediatamente o Complexo Hospitalar					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacilo 500mg 6x/dia					
RETORNO Ao posto de saúde em para retirada de pontos					
Ao Ambulatório de Dr. Ronaldo 14/6/20 em 30 dias para revisão					
18/06/20					
DATA					
Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Guia de Encaminhamento Externo

Nome do Paciente		CPF		Data de Nascimento		Sexo		Raca / Cor		Peso		Altura		Pressão		Temperatura	
Cristina.alves		07/02/2023		15:29:08		Masculino		PARDA									
Nome da Paciente										Nome da Mãe							
NAO INFORMADO																	
Bairro										Cap							
SÃO BENTO										3100510							
Telefone Residencial										Telefone Celular							
										(83) 999999999							
CNES										Telefone							
2593262										(83) 32165700							
Endereço de saúde solicitante																	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA																	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITI		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/Nº MANGABEIRA PROSINDI, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
LETRA MEDICA		

Relato da exames complementares

RELATO DOS SOMBEIROS RELATANDO TER SIDO ATROPELADO, POR MOTOCICLETA, FERIMENTO E DOR EM PLETO, SEM
USO DE BEBIDAS ALCOOLICAS, NEGA PANCADA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIENCIA E VOMITO
COM PALPAÇÃO PROFUNDA DO HEMITORAX ANTERIOR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTANEO
SEM LIMITAÇÃO E SEM DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL ABDOME PLANO, FLACIDO, SEM
MOVIMENTOS DOS MMSS E MMII PRESEPV.

Data de encaminhamento
14/06/2020 01:23:32

Assinatura e carimbo do profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236



MAIOR DE 65 ANOS

Maria de Lourdes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

890.245 - 2ª VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO 24/04/2017

NOME

MARIA DE LOURDES DA SILVA

FILIAÇÃO

INACIO FLORENCIO DA SILVA
CARMELITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

24/11/1951

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº43773 - LIVA 64 - FLS.115 - CARTORIO 3º JOÃO
PESSOA PB

CPF
395.388.184-15

João Pessoa - PB

REINTEGRADO DO DIRETOR
Maurício A. B. L. Silva Jr.

A+

CPF Nº 000.000-00 DE 29/08/83

Mostrando Chave de Acesso

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA DA PARAIBA
MÚLTIPO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME LUIZ CARLOS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
LUIZ CAMILO DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 19/09/1969
NATURALIDADE BAYEUX-PB
FATOR RH *****
OBSERVAÇÃO *****

ÓRGÃO EXPEDIDOR SESDS-PB

NÃO ALFABETIZADO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



LEI Nº 16 DE 29 DE AGOSTO DE 1988

CPF 013.668.15-4 DN *****
REGISTRO Nº 2 43.633 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/2021
REGISTRO Nº 2 43.633 2ª VIA
CERT. NASC. 12 BE - LTV-A-36 - FLS.53 - CARTÃO DO 1º BAYEUX-PB

T. ELEITOR ***** SPS ***** SÉRIE *****
NIS/PIS/PASEP ***** ENTIDADE PROFISSIONAL *****
CERT. MILITAR *****
CNH *****

POLEGAR DIREITO

P-005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:29:50

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: Fátima Lima
Enviado em: terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 17:05
Para: Margarida
Cc: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO; CRISTINA LIMEIRA ALVES; Katherine Moraes
Assunto: RES: AUT 9327 - 3210254333

Sinalizador de acompanhamento: Acompanhar
Status do sinalizador: Sinalizada

Margarida, boa tarde.
De acordo!

Atenciosamente,

Fátima Lima

Gerência de Sinistros
fatima.lima@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4038



www.seguradoralider.com.br

Avenida Rio Branco, 115 - 19º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Enviada em: terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 15:01
Para: Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>
Cc: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: AUT 9327 - 3210254333

Fátima,

Favor autorizar o cadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

Margarida Manso

Gerência de Sinistro
margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600

De: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>

Enviada em: segunda-feira, 6 de fevereiro de 2023 10:54

Para: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>

Assunto: AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Margarida.

Solicito autorização para cadastramento por dependência especial.

Trata-se de sinistro da natureza invalidez, cancelado por inatividade após comando de pagamento.

Vítima apresenta novo PSD, juntamente de curatela e documentos do curador.

Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento	Histórico	Preexistência
Data	Ação	Comentários			
08/03/2022 08:23	Reenviar cancelamento (sem interface Alta Plat)	Sinistro encaminhado para o estado Cancelado por Ricardo Tadeu B. Silva (Seguradora Líder).			
08/03/2022 08:02	Revisar cancelamento	Interações com a Alta Plataforma			
08/03/2022 08:02	Cancelamento por inatividade	Sinistro cancelado por inatividade.			
07/01/2022 08:01	Rejeitar pagamento	Solicitamos o envio de novo formulário "PEDIDO DO SEGURO DPVAT" pela vítima/beneficiário/representante legal contendo dados bancários e, se possível, um comprovante bancário.			
07/01/2022 08:01	Pagamento	Nome do beneficiário: LUIZ CARLOS DOS SANTOS Banco: 290 Agência: 03880 Conta: 000972153921 Dígito: 5 Banco pagador: Brasil Data do retorno do banco: 05/01/2022 00:00:00 Estado: Estorno Descrição da rejeição: AGENCIA/CONTA CORRENTE/DV INVALIDO			
21/12/2021 02:14	Marcar prioritário	O sinistro foi marcado com a indicação de não prioritário.			
		Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY M.			

Dados da vítima

Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CPF: 01366999444

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Data de nascimento: 19/09/1969

Data do sinistro: 14/06/2020

Flávia Castro

Gerência de Sinistros - Coordenação de Atendimento
Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Quitanda 86 - 2º andar
Centro - Rio de Janeiro

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO
Enviado em: quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 09:26
Para: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Cc: Margarida
Assunto: RES: AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Cristina.

Último documento em 06/02/2023

Flávia Castro

Gerência de Sinistros - Coordenação de Atendimento
Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Quitanda 86 - 2º andar
Centro - Rio de Janeiro

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 8 de fevereiro de 2023 07:45
Para: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>
Cc: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: AUT 9327 - 3210254333

Flávia, bom dia!

Favor informar qual data de último documento deverá ser usada no ato do recadastramento.

Obrigada.

De: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>
Enviada em: terça-feira, 7 de fevereiro de 2023 15:01
Para: Fátima Lima <fatima.lima@seguradoralider.com.br>
Cc: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>; CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: AUT 9327 - 3210254333

Fátima,

Favor autorizar o recadastramento pela 9327, sinistro anterior cancelado na fase de reprogramação.

Obrigada.

Margarida Manso

Gerência de Sinistro

margarida.pinheiro@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Av Rio Branco, 115 – 19º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: FLÁVIA ORNELLAS DE OLIVEIRA CASTRO <flavia.castro@seguradoralider.com.br>

Enviada em: segunda-feira, 6 de fevereiro de 2023 10:54

Para: Margarida <margaridamanso@seguradoralider.com.br>

Assunto: AUT 9327 - 3210254333

Bom dia, Margarida.

Solicito autorização para cadastramento por dependência especial.

Trata-se de sinistro da natureza invalidez, cancelado por inatividade após comando de pagamento.

Vítima apresenta novo PSD, juntamente de curatela e documentos do curador.

Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento	Histórico	Preexistência
Data	Ação	Comentários			
08/03/2022 08:23	Reenviar cancelamento (sem interface Alta Plat)	Sinistro encaminhado para o estado Cancelado por Ricardo Tadeu B Silva (Seguradora Líder).			
08/03/2022 08:02	Revisar cancelamento	Interações com a Alta Plataforma			
08/03/2022 08:02	Cancelamento por inatividade	Sinistro cancelado por inatividade.			
07/01/2022 08:01	Rejeitar pagamento	Solicitamos o envio de novo formulário "PEDIDO DO SEGURO DPVAT pela vítima/beneficiário/representante legal contendo dados bancários e, se possível, um comprovante bancário.			
07/01/2022 08:01	Pagamento	Nome do beneficiário: LUIZ CARLOS DOS SANTOS Banco: 290 Agência: 03880 Conta: 000972153921 Dígito: 5 Banco pagador: Brasil Data do retorno do banco: 05/01/2022 00:00:00 Estado: Estorno Descrição da rejeição: AGENCIA/CONTA CORRENTE/DV INVALIDO			
21/12/2021 02:14	Marcar prioritário	O sinistro foi marcado com a indicação de não prioritário.			
		Parecer da Análise Médico Documental enviado por KARLA SUELY M SOUZA (503) - conforme relatório enviado ao processo			

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07





ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07



ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

VALIDA EM TODAS AS TERCEIRAS-PRINCIPAIS

169.926 -2 VIA DAS 405 08/10/18

ALIAS SERASTIÃO NASCIMENTO DOS SANTOS

RELACAO MAIOREL NASCIMENTO DOS SANTOS

RUFINA NASCIMENTO DOS SANTOS

NATURALIDADE BAYEUX-PB DATA DE EMISSAO 19/07/153

DOC ORIGIN CASAM N.4123 FLS.64 LIV.10

CARTORIO BAYEUX PB

113.754.004-44

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07

ASL-0189353/21
cristina.alves
07/02/2023 15:30:07



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3230002817 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/06/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA, COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 04 05 07 // PARECER CONFORME SINISTRO ANTERIOR //
Trata-se de recadastramento do processo 3210254333 cancelado em fase de reprogramação (rejeição bancária).

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004083/23

Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CPF: 013.669.994-44

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Data do acidente: 14/06/2020

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DE LOURDES DA SILVA : 395.388.184-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

LUIZ CARLOS DOS SANTOS : 013.669.994-44

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: 08/02/2023
Nome: LUIZ CARLOS DOS SANTOS
CPF: 013.669.994-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2023
Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES
CPF: 041.380.364-31

LUIZ CARLOS DOS SANTOS

CRISTINA LIMEIRA ALVES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3230002817 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/06/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA, COM LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARTES MOLES COM LIMPEZA MECÂNICA E DEBRIDAMENTO, CONSERVADOR DA FÍBULA.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 02 04 05 07 // PARECER CONFORME SINISTRO ANTERIOR //
Trata-se de recadastramento do processo 3210254333 cancelado em fase de reprogramação (rejeição bancária).

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002817

Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230002817

Vítima: LUIZ CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS DOS SANTOS

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 tornozelo 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: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000054889-5

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 013 669 994-44 4 - Nome completo da vítima: Luiz Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Luiz Carlos dos Santos 6 - CPF: 013 669 994-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Belo Horizonte 9 - Número: 511 10 - Complemento:
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58078-432
15 - E-mail: Cynthia_gilbo@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99881-2056

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: Maria de Lourdes da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 395 388 184-15 19 - Profissão do Representante Legal: Aposentada

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 54889 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 28 de dezembro de 2022.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Maria de Lourdes da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6717 9160 2036

MARIA DE LOURDES DA SILVA

1911 013 00054889-5 10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron