



Número: **0852761-65.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44907 470	23/06/2021 15:18	Petição	Petição
44907 472	23/06/2021 15:18	2564870_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
44907 473	23/06/2021 15:18	2564870_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180119800000042684902>
Número do documento: 21062315180119800000042684902

Num. 44907470 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08527616520188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180254700000042684904>
Número do documento: 21062315180254700000042684904

Num. 44907472 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180343037**
Vitima: **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**
Data do Acidente: **16/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343037**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13153415



Pag. 00937/00938 - carta_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180343037**

Vitima: **LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO**

Data do Acidente: **16/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343037**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00050603


Carta nº 13201809





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

092.917.184-59

Nome completo da vítima

José Luiz de Oliveira Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Luiz de Oliveira Araújo	092.917.184-59	Recebedor - oe
Endereço	Número	Complemento
Rua Inácio Almino Rito	240	BL 31 APTO 203
Bairro	Cidade	Estado
Giomóme	José Reverte	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
cc.f.advo@gmail.com	58068200	83-988495530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSCO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	<i>Comprovante de residência</i>
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.	DIV	CONTA N.R.	DIV
4823		00008317	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name			
AGÊNCIA N.R.			
CONTABIL N.R.			
DIV			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

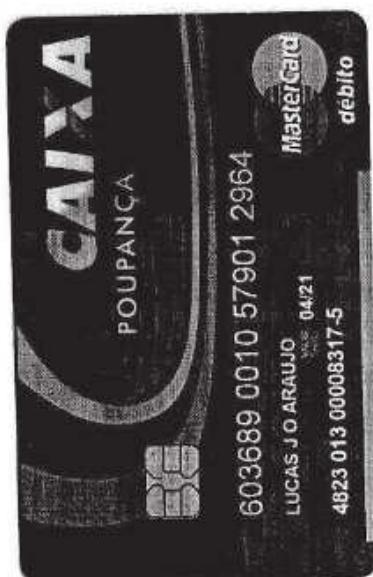
José Reverte, 16 de Julho de 2018
Local e Data

José Luiz de Oliveira Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905>
Número do documento: 21062315180326800000042684905

Num. 44907473 - Pág. 4

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01306.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01306.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucas Jose de Oliveira Araujo**, CPF nº 092.917.184-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Leonisia Pinto de Oliveira Araujo e Jessenildo Araujo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/12/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inácio Albino Neto, Nº 240, complemento APT. 203, BC. 11 - RES. MORUMBI PRIVE, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Granja de Esquerdinha, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98876-3802.

Dados do(s) Fatos:

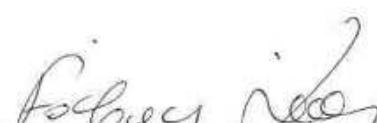
Local: Rua Frei Martinho, Perto do Centro Administrativo, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/01/18 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, 2013/2014, PLACA NQB2701/PB, CHASSI 9C2KC1680ER007094, registrada em nome do noticiante, quando colidiu na lateral de outra MOTO NÃO IDENTIFICADA, a qual estava parada junto ao meio-fio e repentinamente fez uma manobra irregular interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 25.05.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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. Deu fé.

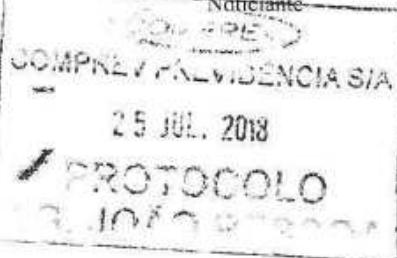
João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


LUCAS JOSÉ DE OLIVEIRA ARAUJO

Noticiante



Procedimento Policial: 01306.01.2018.1.00.420

1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Bucos José de Oliveira Araújo

CPF da Vítima

092.917.184-59

Data do Acidente

16/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

José Penca, 16 de Julho de 2018

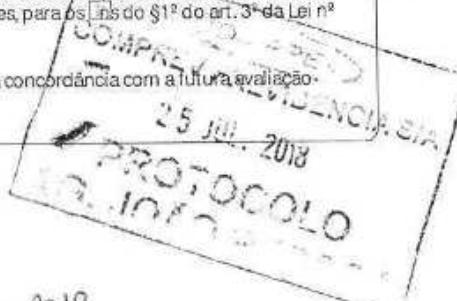
Local e Data

Bucos José de Oliveira Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI/001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Ato Declaratório

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/066, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1952562, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 16/01/2018, na R. Frei Martinho, Bairro: Jaguaribe - João Pessoa - aproximadamente às 19:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 20 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10111

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
ROUANACO ALBINO NETO, 340 / BL 17 AP 203 - GRANAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58067000 (AG-1)

Emissao: 23/02/2018 Referencia: Fev / 2018
Classe/Sulco: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br200, Km25- Cepz Redutor: João Pessoa / PB - CEP:58001-000
Rotera: 15-2-819-6015 N° medidor: 00009862414

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CPF: 021-065-183-0001-40 INSC Est: 16.015.922-0
CNPJ: 021-065-183-0001-40 INSC Est: 16.015.922-0
Nota Fiscal/Certidão Energisa: 002-665-611
Cód. para DAB Automática: 02013202487

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Fev / 2018	23/02/2018	26/03/2018	9291718459 Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1830268-7

Canal de contato:

-Levou chiqueiro chover? Horas de chover um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança.
-Chame os vira-latas e animais e entrem no combate ao mosquito transmisor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde
Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
24/01/18	215	23/02/18	245	
Demonstrativo				
CCF - Código de Classificação do item	Tarifa	Valor Base	Coef. Ajust. Impr.(R\$) Base CAC/ Padrão	Coef. impr.
			(ICMS(R\$)) (ICMS)	(ICMS(R\$)) (ICMS)
0801 - Custo de Disponibilidade	15,84	0,00	0	15,84 0,17 0,82
0804 - JUROS DE INCRA 01/2018	0,01	0,00	0	0,00 0,00 0,00
0805 - MULTA 01/2018	0,42	0,00	0	0,42 0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CCF - Código de Classificação do item	TOTAL	16,27	0,00	0,00 15,84 0,17 0,82
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	22	2018	TOTAL A PAGAR
				R\$ 16,27

Histórico de Consumo (kWh)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40					
Abri/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Agosto/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18																																			

RESERVADO AO FISCO
ae74.0ef3.e121.d521.3ce8.b7e0.d9ee.4bd4

Indicadores de Qualidade			12/2017 - Múltiplas
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DI/MENSAL	1,43	1,25	NOMINAL
DI/ TRIMESTRAL	10,98		220
DI/ ANUAL	21,73		
FI/ MENSAL	3,98	1,00	CONTRATADA
FI/ TRIMESTRAL	8,72		LIMITE INFERIOR
FI/ ANUAL	18,45		231
DM/	3,11	1,25	LIMITE SUPERIOR
ECRI	1,22		

ATENÇÃO

* Leitura confirmada

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	5,62	34,61
Corrida de Energia	6,73	41,32
Impostos Federais	0,77	4,52
Impostos Municipais	0,61	3,65
Encargos Sociais	0,42	2,53
Impostos Diretos e Indiretos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	16,27	100,00
Valor do BILHETE (R\$) 12/2017: R\$ 16,27		

25 JUL. 2018
PROTOCOLO
3.1072



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PB 6 DATA DE POSTAGEM: 10/10/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905>
Número do documento: 21062315180326800000042684905

Num. 44907473 - Pág. 9



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP³ 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**².

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

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

Pelo exposto, eu Adailton Taiz de Quirós Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José José de Oliveira Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis/Domus da Vítima José José de Oliveira Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.917.184 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro 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 Manda Laranja</u>	Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u> CEP <u>58013-430</u>
Email	<u>ccf.adailton@outlook.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3.506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa, 16 de Julho de 2018
Local e Data

Adailton Taiz de Quirós Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/12/94
NOME DA MÃE	LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.056.118
DATA DO ATENDIMENTO	16/01/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO + FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO ESQUERDO
CID 10	S43.0 + S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor intensa em ombro esquerdo, com limitação funcional. Consciente e orientado Glasgow 15. Abdomen sem queixas. Presença de fratura-luxação de ombro esquerdo(tuberosidade maior).

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de clavícula esquerda
RX de coluna lombo-sacra

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação de articulação do ombro esquerdo
Fratura de extremidade superior de úmero esquerdo.

TRATAMENTO:

Redução da luxação. Tratamento conservador de fratura proximal de úmero esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	16/01/18
DATA DA EMISSÃO:	25/05/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

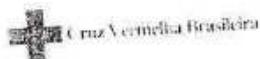
COMPRA DE VIGILÂNCIA SA

25 JUL. 2018

PROTOCOLO

21062315180326800000042684905





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1056118



Identificação do paciente

945283	Nome LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO		Sexo Masculino
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23 anos 1 mes	Estado Civil	Religião
Mae LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Pai JESSENILDO ARAUJO DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) RAYANA GOMES SOUSA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988763802	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3291470	Nº Cnes 201468160180001	UF PB
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		
Email	CBO/R		
Naturalidade JOAO PESSOA			

Endereço

CEP 58077024	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Loteamento Lica Lopes
Número 47	Complemento		Bairro Culá

Admissão

Data e Hora 16/01/2018 19:54:04	Número da pauta 1000006175121	Convenio SUS
Clínica		

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Número da pauta
1000006175121

Origem do paciente
RUA

Detalhe do acidente
MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Ponto de saída Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Peso	Temperatura
----	---	------	------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos:

Leiova de dor no abdômen centralizado
intensidade 8-10/10

Exame de sangue
Enz. Mala
CCREH 22227

CID

Tempo
01min10seg.

Diagnóstico
Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

COMPLIFALVIDENCIA SIA
25 JUN. 2018

PROTÓCOLO



Vermelho: Brasilica

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28.0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo: Masculino	Telefone de Contato (83) 988763802
Mae: LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			Prontuário
Endereço: Lica Lopes, 47	Bairro: Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente: MOTO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47	
Convenio: SUS	Nº Matrícula		Senha:

Anamnese

#ORTOPEDIA

Pariente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação da ombro esquerdo (tuberosidade maior)

CD: Solicito outras incidencias.

EM TEMPO:

APOS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.

FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Alta médica

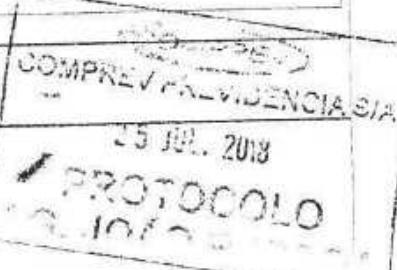
Alta Hospitalar

Nome:
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Data e Hora:
16/01/2018 22:40:28

Motivo de Alta:
ALTA MEDICA

Observações:
CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HTOP



DR. HEUDER
LIGAR 32142911
15 JUN. 2018

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Relatório registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA - 16/01/2018 19:55:14

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	1056118	16/01/2018 19:54:04	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/12/1994	23	Masculino	(83) 988763802
Med			
LEONISA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Bairro	Município	UF
Lica Lopes, 47	Cuitá	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	10575/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
16/01/2018 19:54:04		16/01/2018 21:06:51	
Convenio:	Nº Matricula		Senha
SUS			

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (luberosidade maior)

CD: Solicito outras incidências

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR PACIENTE DE PRANCHA RÍGIDA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP EM NEUTRO / PERFIL ESCAPULAR)

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero
S43.0	Luxação da articulação do ombro

Conduta

Em observação

Dr. Pedro Henrique Vargas
CRM-PB 10575

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Bruletin registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

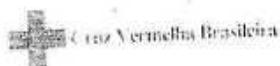


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905

Num. 44907473 - Pág. 14



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora Entrada 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS 201468160180001
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO	Bairro Cuiá	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço Lica Lopes, 47	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	Nº Cons. Regional 4860/PB
Acidente MOTO X MOTO	Data/Hora Classificação 16/01/2018 19:54:04	Data/Hora Prescrição 16/01/2018 20:50:03	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO SEM DESMAIO OU VOMITO, GLASGOW 15. REFERE FORTE DOR EM OMBRO/CLAVICULA ALEM DE LEVE LOMBALGIA SEM DEFICIT MOTOR OU DOR IRRADIADA. CD: ALTA NEUROCRURGIA

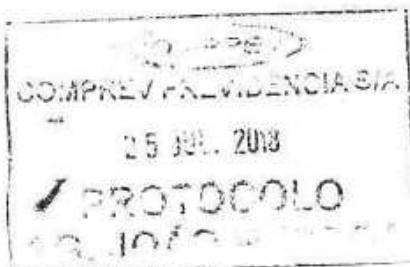
Conduta

Em observação

Carlos Pereira da Silva Neto
Neurocirurgia / Neurotraumatologia
SPMPP - 297

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(4860/PB)



Boletim registrado por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controler=7&imprimirDadosAnteriores=N&performs=imprimir3&q=1023958&pesquisa=S&performs=im

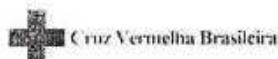


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905

Número do documento: 21062315180326800000042684905

Num. 44907473 - Pág. 15



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO	BAE 1056118	Data/Hora : 16/01/2018 19:54:04	Data Baixa 2018-01-16 22:40:28,0
Data de nascimento 16/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988763802
Mãe LEONISIA PINTO DE OLIVEIRA ARAUJO			
Endereço Lico Lopes, 47	Bairro Ceu	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação: 16/01/2018 19:54:04		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:40:47	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de moto, queixando-se de dor intensa em ombro esquerdo.

EFO: Dor e limitação funcional de MSE.

RX AP do ombro esquerdo: Fratura-luxação de ombro esquerdo (tuberossidade maior)

CD: Solicito outras incidências

EM TEMPO:

APÓS REDUÇÃO, AVALIADA RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA DE OMBRO.

FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR SEM DESVIO

CD: TRATAMENTO CONSERVADOR

IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ALTA DA ORTOPEDIA

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

STAFF: DR. HEUDER

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

Código	Descrição
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Alta médica

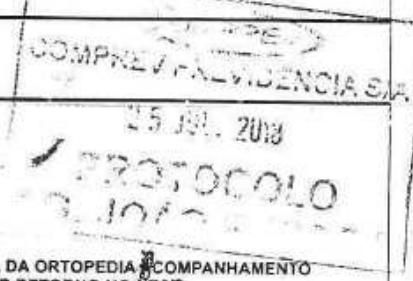
Alta Hospitalar

Usuário
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Data e Hora
16/01/2018 22:40:28

Motivo da Alta
ALTA MEDICA

Observações
CD: TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA DA ORTOPEDIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL STAFF: DR. HEUDER LIGAR 32142911 PARA MARCAR RETORNO NO HOSPITAL



Dr. Pedro Henrique Gutierrez Vargas
CRM-PB 10575

Lucas Jose de Oliveira Araujo

LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO
Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 16/01/2018 19:55:14

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831057989

Idade: 23 anos

Paciente: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO

Data: 16/01/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Sinais sugestivos de fratura em topografia da cabeça umeral esquerda.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

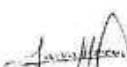
Espaços articulares conservados.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 16/01/2018 23:08.

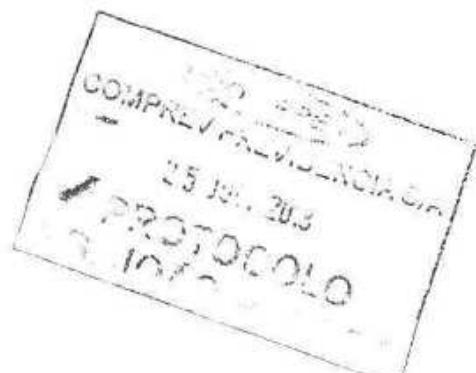

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062315180326800000042684905
Número do documento: 21062315180326800000042684905

Num. 44907473 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2021 15:18:03
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106231518032680000042684905>
Número do documento: 2106231518032680000042684905

Num. 44907473 - Pág. 20

DENATRAN		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
LACRE	DETTRAN - PB	Nº 013928905634	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	PRT 20180000006415-0	EXERCÍCIO
VIA	CÓD. RENAVAM	0071191517-2	00/00000000	2018	
0000000000000000	NOME LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO				
0000000000000000	CPF / CNPJ	PLACA			
0000000000000000	09291718459	NOB2701/PB			
0000000000000000	PLACA ANT / UF	CHASSI			
0000000000000000	NOVO PB	9C2KC1680ER007094			
0000000000000000	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL			
0000000000000000	PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL			
0000000000000000	MARCA / MODELO	ANO FAB.		ANO MOD.	
0000000000000000	HONDA/CG150 FAN ESDI	2013		2014	
0000000000000000	CAP / POT / CIL	CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
0000000000000000	2 P/149 /CI	PARTIC		PRETA	
0000000000000000	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
I		00/00/0000		1 ^a	
P				2 ^a	
V				3 ^a	
A	FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS			
*****	0				
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
*****		*****	SEGURO PAGO	04/01/2018	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA DE DOMÍNIO					
LOCAL		DATA			
JOAO PESSOA-PB		05/01/2018			
36633				16730	



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jucod José de Oliveira AraújoDATA DO ACIDENTE 26/03/2018 EPF DA VÍTIMA 092.917.184-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Rua Inácio Alves JúniorNº 240 COMPLEMENTO B2 41 Adão 203 BAIRRO GromomeCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58068-200E-MAIL cc.f.ad193@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530
83 99113-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 - BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
- PROCURACAO / SUSEP

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE IDADE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA-EXPEDIDO
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CARTEIRA NACIONAL
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INF. TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLIF.
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) E SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE IDADE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTA

- | | |
|------------------------|---|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | - MORTE - R\$ 1
- INVALIDEZ PERMANENTE -
DAS LESÕES E
DESPESAS MÉDICAS
VÁRIA CONFORME
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO
COMPLETA
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER
LISTADOS NESTE FORMULARIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 |
|------------------------|---|

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTRE:

DATA 25/01/2018IDENTIDADE 22.742.043/PBASSINATURA Adailson Mato

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO Data do acidente: 16/01/2018 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343037 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JOSE DE OLIVEIRA ARAUJO Data do acidente: 16/01/2018 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
			Total	0 %



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jucar José de Oliveira Araújo
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Vigilante Nº DO RG: 059833491.02
ÓRGÃO EMISSOR: Detro - PB DATA DE EMISSÃO: 15/10/15
Nº DO CPF: 092.917.184-59 ENDEREÇO: Rua Mário Alvim
nº 240, Bl 11, apto 203, Bairro Gramame, João Pessoa - PB, CEP 58
068.200

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ÓRGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jucar José de Oliveira Araújo, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa - PB, 16 de Marcos 2018.

Jucar José de Oliveira Araújo

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

