



Número: **0827913-14.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 16200.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE
AUTOR	JUSCELINO DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14577 464	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos
14577 356	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS DE OCORRENCIA	Outros Documentos
14577 354	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS MÉDICOS E DESPESAS COM MEDICAMENTOS	Outros Documentos
14577 459	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS MÉDICOS	Outros Documentos
14577 471	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS PROCESSO ADMINISTRATIVO DA LIDER	Outros Documentos
14577 357	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS REFERENTES AO ACIDENTE	Outros Documentos
14577 340	31/05/2018 14:58	negativa de seguro	Documento de Comprovação
17098 687	09/10/2018 18:35	Despacho	Despacho
19511 125	27/02/2019 13:08	Certidão	Certidão

PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE: JUSCELINO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO profissão: COBRADOR DE ÔNIBUS
CPF nº 078.611.464-99 RG de nº 3208439

Endereço: RUA GAL PEDRO GONÇALVES DE MEDEIROS

CEP: 58000 00

Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:

OUTORGADOS: Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711, Izabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953, Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cintia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharela em Direito, portadora do CPF sob o nº 087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº 2528, sala nº 04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sefadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539 / 98758-7091.

PARA O FIM ESPECIAL DE: Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

DOS PODERES: confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instância repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juiz ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interporem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs, ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA: Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº 7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei nº 1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB (falsidade ideológica).

DO CONTRATO DE HONORARIOS: Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (trinta por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daí que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 30 de Maio 2018.

Juscelino da Silva
OUTORGANTE



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

EMPRESA:	JOSE CARLOS COUTINHO DE OLIVEIRA		
CNPJ/CE:	06.985.534/0001-09		
ENDERECO:	RUA BARAO DE MAMANGUAPE		
ESP. ESTABELECIMENTO:	0		
CARGO:	BALCONISTA		
DATA DE ADMISSÃO:	01/03/2013		
REGISTRO:	0	FLS/FICHA:	0
REMUNERAÇÃO:	R\$ 726,00		
SETECENTOS E Vinte E Seis Reais			
<i>João Carlos Coutinho de Oliveira</i>			
DATA PRAZO:	02/03/2013		
<i>João Carlos Coutinho de Oliveira</i>			
COM DISPENSACAO N:			
FGTS N° DA CONTA:			

CONTRATO DE TRABALHO

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01883.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01883.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:14 horas do dia 10 de outubro de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **JUSCELINO DA SILVA**, CPF nº 078.611.464-99, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Cobrador de Onibus, filho(a) de Benedita da Conceição Silva e João Fernandes da Silva, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 01/03/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Gal. Pedro Gonçalves de Medeiros, Nº 183, complemento Aptº 201 Bloco 33, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Colegio Napoleao Laureano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98701-6947.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Outros, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/07/17 18:39h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

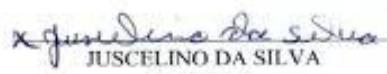
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA DE COR PRETA ANO 2015, PLACA QFN-0139-PB, CHASSI Nº 9C2KC1650FR213312, EM NOME DE LIDIANE LUCIA FELISMINO, QUANDO FOI COLIDIDO PELO VEICULO GOL DE PLACAS NXX-8565-RN, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 20/09/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DO VEICULO GOL.

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 outubro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


JUSCELINO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01883.01.2017.1.00.420

1/1

REQUISIÇÃO DE EXAME N° 193.2017

Exame Requisitado: Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvat

Delegado(a) de Polícia Civil: Alberto Jorge Diniz e Silva

Local: João Pessoa/PB

Data: 10/10/2017

Ref.: BO N° 01883.01.2017.1.00.420

Ilmo(a), Sr(a).

Dr(a). Fábio Almeida Gomes

Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - João Pessoa/NUMOL-JP

João Pessoa/PB

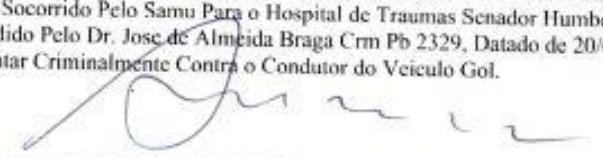
Senhor(a) Gerente,

Requisitamos de Vossa Senhoria as providências para que no prazo legal (art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94) seja procedido o **Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvat** na pessoa abaixo qualificada, devendo responder os quesitos abaixo formulados e remeter o laudo para **Delegacia de Polícia Civil – Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital/PB**.

Periciando(a):

JUSCELINO DA SILVA, CPF nº 078.611.464-99, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Cobrador de Onibus, filho(a) de Benedita da Conceição Silva e Joao Fernandes da Silva, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 01/03/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Gal. Pedro Gonçalves de Medeiros, nº 183, Aptº 201 Bloco 33, bairro Oiticicero, tendo como ponto de referência Colegio Napoleao Laureano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato: (83) 98701-6947.

Histórico: Que Conduzia a Motocicleta Honda de Cor Preta Ano 2015, Placa Qfn-0139-pb, Chassi N° 9c2kc1650fr213312, Em Nome de Lidiane Lucia Felismino. Quando Foi Colidido Pelo Veículo Gol de Placas Nxx-8565-mn, Sendo Socorrido Pelo Samu Para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena Conforme Laudo Medico Expedido Pelo Dr. Jose de Almeida Braga Crm Pb 2329, Datado de 20/09/2017, o Noticiante Não Deseja Representar Criminalmente Contra o Condutor do Veículo Gol.


ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado(a) de Polícia Civil



REGIONAL JOÃO PESSOA

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



REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 707/030, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1722378, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JUSCELINO DA SILVA** idade 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 06/07/2017, na BR 101, Bairro: Costa e Silva - João Pessoa - aproximadamente às 18:39 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

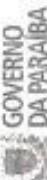
João Pessoa, 13 de Julho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/SE Região: 10171

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

 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p>	 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p> <p>Cruz Vermelha Brasileira</p>																								
<p>Receituário</p> <table border="1"> <tr> <td>Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22</td> <td>CPF: Não Informado</td> <td>Idade: 32 BAE: 1012073</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo: Masculino</td> <td>CPF: Não Informado</td> </tr> <tr> <td colspan="3">USO ORAL</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS</td> </tr> </table> <p>Receituário</p> <table border="1"> <tr> <td>Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22</td> <td>CPF: Não Informado</td> <td>Idade: 32 BAE: 1012073</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo: Masculino</td> <td>CPF: Não Informado</td> </tr> <tr> <td colspan="3">USO ORAL</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS</td> </tr> </table>		Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22	CPF: Não Informado	Idade: 32 BAE: 1012073	Sexo: Masculino		CPF: Não Informado	USO ORAL			1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS			Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22	CPF: Não Informado	Idade: 32 BAE: 1012073	Sexo: Masculino		CPF: Não Informado	USO ORAL			1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS		
Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22	CPF: Não Informado	Idade: 32 BAE: 1012073																							
Sexo: Masculino		CPF: Não Informado																							
USO ORAL																									
1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS																									
Paciente: JUSCELINO DA SILVA Data: 06/07/2017 22:52:22	CPF: Não Informado	Idade: 32 BAE: 1012073																							
Sexo: Masculino		CPF: Não Informado																							
USO ORAL																									
1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS																									
<p>Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null</p> <p>Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null</p> <p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090</p> <p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090</p>																									

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
PCA 1817, 58
CENTRO-JOÃO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 08.626.253/0113-58
IE: 16116508-7

07/07/2017 08:05:42 COD: 000083526

RELATÓRIO GERENCIAL

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/38

TR-VER-CLIENTE AUT:052867

DOC:00008368 07/07/17 08:05 MNL-C
NENHUM A DEBITO

VALOR: 66,40

CAPOM: 000000000000000070070 MAR: 8738
NSOLITE: 000868 LOJA: 0113 PDV: 015

http://butler.cae.br

KA: 015 LOJA: 113
66984 VEN: 5915



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 0000000000000000
CNPJ: 06121253017359 I.E: 161165087
Pca: 1817, 58 - Centro, João Pessoa
- PB

DANEE-AFC - é documento facilitar
não permite aproveitamento de crédito de ITENS
NICO JOESC 1817 JUN 181 UNIT R\$ 1 / TOT ITEM R\$
De: 49,35 Par: 47,00 47,00
E: 262293 ALGINIC JUVENTUS 170/15-1 UNX25,56 25,56
Desconto:
VFB TOTAL DE ITENS 47,00
VALOR TOTAL R\$ 66,40
Cartão de débito 66,40

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA LIBIANE, SEJA BEM-VINDA AO NOSSO PROGRAMA DE
FIDELIZADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PARA VOCÊ.

PORQUEMOS? VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 8,51

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2017 F. DE R\$ 0,00x
ATUAL R\$ 500,00 ATÉ 31/12/2017 E SEM UM CLÍENTE
ONDE,

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX-
CLUIDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SÓS COMPRAS SÃO CONTAB-
ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M-
ais em www.pagueMenos.com.br/sempre

CPF: CLIENTE SEMPRE: 063 ***.***-47
Operador: 56984 Vendedor: 5915

Trib: 00/08 R\$ 4,58 Fim: R\$ 0,00 Est: R\$ 0,00 Min:

Fonte: ZIPY ca913

Obrigado e Volte Sempre,

Número 800070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfcw>

CHAVE DE ACESSO:

2017 0706 0262 5391 1358 6501 3009 0700 7010 0019 3710

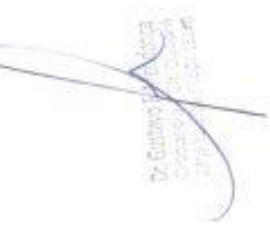
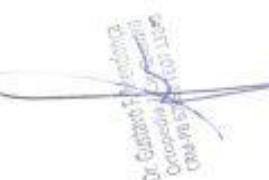
CONSULTOR

CPF: 06358395447 LÍLIAH LUCIA FELISHINO

Consulta via leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 305101458374
07/07/2017 08:05:35

 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p> <p>Cruz Vermelha Brasileira</p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p>	 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p> <p>Cruz Vermelha Brasileira</p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p>																				
<p>Receituário</p> <table border="1"> <tr> <td>Paciente: JUSCELINO DA SILVA</td> <td>Idade: 32</td> </tr> <tr> <td>Data: 06/07/2017 22:52:22</td> <td>BAE: 1012073</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo: Masculino CPF: Não Informado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">USO ORAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS</td> </tr> </table>	Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32	Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073	Sexo: Masculino CPF: Não Informado		USO ORAL		1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS		<p>Receituário</p> <table border="1"> <tr> <td>Paciente: JUSCELINO DA SILVA</td> <td>Idade: 32</td> </tr> <tr> <td>Data: 06/07/2017 22:52:22</td> <td>BAE: 1012073</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo: Masculino CPF: Não Informado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">USO ORAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS</td> </tr> </table>	Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32	Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073	Sexo: Masculino CPF: Não Informado		USO ORAL		1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS	
Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32																				
Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073																				
Sexo: Masculino CPF: Não Informado																					
USO ORAL																					
1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS																					
Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32																				
Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073																				
Sexo: Masculino CPF: Não Informado																					
USO ORAL																					
1- ALGINAC 1000 TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS																					
 Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null	 Dr. GUSTAVO HENRIQUE OLIVEIRA 9298/null																				




Central Faturas
 Central de Faturamento

P/ Jusselino de Silve.

une oral

W
 1 - Mission 5 mg up v o de 12/12h
 of Tomar per 5 days
 2 -
LOXONIN 60mg
 1 Caixa
 Tomar 1 comprimido
 de 8 em 8 horas
 durante 5 dias.

MATRIZ:
 Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
 Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

VIA-CLIENTE SRAA 7.7.08

Datas Locais: 0800725782
Orc-Cotais e Regs Motorcycle Itam 30030100

Os prazos de entrega poderão sofrer alterações.

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ass. RESPONSIVEL: -

Nome: -

RG: -

acordo com as conclusões constatadas

desta conferente poderão sofrer variações de

representação de fato. Os valores constantes

praticado(s), ou(s) qual(s) parcela(s) da(s)

realizou a prestação de(s) serviço(s) acima

A FATURA

utilizar o serviço adicional de valor declarado
no caso de objeto com valor.

Vale Dicílio não solicitação(RS)

TOTAL DO ATENDIMENTO(RS) 49,75

OBELD DV70784688

Peso real (G) 162

Cap Detalhado 20031-205 (U)

Válor do Porte(RS) 26,00

POSTAL RESPSTA DPV 1

Uf Ramet RG

Cidade Remetente JAGUARANA

Cap Remetente 58088-770

Endereço Remetente Rua Rua General Pedro Gorg

Nome Remetente JUSCELINDA DA SILVA

DNP/DPE Serviç 0786116499

Peso Real (G) 162

Válor do Porte(RS) 21,75

SEGURO DPVAT ATÉ 30 1 PRECO(RS)

DESCRICAO QTD PRECO(RS)

Modelo Iade: A Faturar ID Transf: 137540630

Lançamento: 012 Atendimento 00007

Caixa: 83516829 MTR101a 84177190

Movimento: 23/10/2017 Hora: 09:49:46

Cartao: 6226/655

Contrato: 991228693 Ccd. Am. 11205709

Doc. Post 3208439

QPF/QPF: 0926860001C4

Clienta: SEGRADOMA LIDER CONSOR SELU

COMPROMISSE DO CLIENTE

Is Esf: 16074550

QPF: 3402B31675993 Tel: - - - - -

JAGUARANA

Ag. 30300436 - AC QRLQ DS ARMS

ECT - BPF, GRAS, DE CORREIOS E TELEFONOS

EMPREENDIMENTOS PAGUE-MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
RUA COR AUGUSTO FERNANDES MAIA, 280
JOSE AMERIC ALMEIDA-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0930-60
IE: 16277301-3

14/07/2017 16:27:56 COD: 000030352

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

1a VIA-CLIENTE AUT=274167

DOC=000229 14/07/17 16:27 ONL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 55,40

CUPOM: 000000000000026064 MAC: 9149
NSU_CTF: 000229 LOJA: 0930 PDV: 003

www.buttar.com.br

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=274167

0010797796360001/POS=41086032
DOC=000229 14/07/17 16:27 ONL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 55,40

TRANSAÇÃO AUTORIZADA COM SENHA
JUSCELINO DA SILVA
542820-8763
0000000043060-95050000480009

CUPOM: 000000000000026064 MAC: 9149
NSU_CTF: 000229 LOJA: 0930 PDV: 003

www.buttar.com.br

CAIXA: 003 LOJA: 930
OPR: 76230 VEN: 21521



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:00000000000000
CNPJ: 06626253011358 I.E: 161165087
Pca 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA
- PB

DANFE NFC - é Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica Não permite aproveitamento de crédito de ICMS		
# COID DESC QTQD IUN LVL UNIT R\$	I.	TOT ITEM R\$
1 455696 TIPOIA DAIF ESTOFADA P 1 UNx47,00	47,00	
De: 49,35 Por: 47,00		
2 262293 ALGINAC 1000MG CPD/15 1 UNx25,56	25,56	
De: 25,56 Por: 19,40		
Desconto	-6,16	
QTD. TOTAL DE ITENS	2	
VALOR TOTAL R\$	66,40	
Cartão de Débito	66,40	

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

Ola Lidiiane, seja bem-vinda ao novo programa de fidelidade sempre Pague Menos. Agora voce tem benefícios personalizados pra voce.

Parabéns! Voce é um cliente sempre.

Nessa compra voce economizou R\$ 8,51

Seu saldo de julho a dezembro/2017 é de R\$ 0,00*. Atinja R\$ 500,00 ate 31/12/2017 e seja um cliente ouro.

*Esse valor é uma estimativa do seu saldo de compras, excluindo medicamentos e serviços, suas compras são contabilizadas em até 15 dias, confira o regulamento e saiba mais em [paguenenos.com.br/sempre](http://www.paguenenos.com.br/sempre)

CPF CLIENTE SEMPRE: 063.***.***-47
Operador: 68984 Vendedor: 5915
Trib aprox R\$:4,58 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mult
Fonte: IPAT cargo3
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO

2517 0706 6262 5301 1358 6501 5000 0700 7010 0019 9718

CONSOMIDOR
CPF: 06350396447 LIDIANE LUCIA FELISHINO

Consulte via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325170143823202
07/07/2017 08:05:35

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMÁCIAS PAGUE MENOS
Pca 1817, 58
CENTRO-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0113-58
IE: 16116508-7

07/07/2017 08:05:42 COO: 000083526

RELATORIO GERENCIAL

CIELO

MAESTRO

542820-8763-02/18

In VIA-CLIENTE AUT=052867

DOC-000698 07/07/17 08:05 OHL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 66,40

CUPOM: 0000000000000070070 MAC: 8138
HSU_CTF: 000698 LOJA: 0113 PDV: 015

www.eutter.com.br

CAIXA: 015 LOJA: 113
OPR: 68984 VEN: 5915



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:00000000000000
CNPJ: 06626253011358 IE: 161165087
Pca 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA
- PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
NºCOD IDESC IQTD IUN IVL UNIT R\$| TOT ITEM R\$
1 455636 TIPOIA DAUF ESTOFADA P 1 UHx47,00 47,00
De: 49,35 Por: 47,00
2 262293 ALGINAC 1000MG CPD/15 1 UHx25,56 25,56
De: 25,56 Por: 19,40
Desconto -6,16
QTD. TOTAL DE ITENS 2
VALOR TOTAL R\$ 66,40
Cartão de Débito 66,40

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA LIDIANE. SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PARA VOCÊ.

PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRAS VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 8,51

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2017 É DE R\$ 0,00.
ATINJA R\$ 500,00 ATÉ 31/12/2017 E SEJA UM CLIENTE OURO.

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MÁIS EM PAGUENMOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 063.***.***-47
Operador: 66984 Vendedor: 5915
Trib aprox R\$:4,58 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mun
Fonte: IBPT cargo:
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via Consumidor - Consulta pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO
2517 0706 6262 5301 1358 6501 5000 0700 7010 0019 9718

CONSUMIDOR
CPF: 06358396447 LIDIANE LUCIA FELISHINO

Consulte via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325170143823202
07/07/2017 08:05:35

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
PCA 1817, 58
CENTRO-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0113-58
IE: 16116508-T

07/07/2017 08:05:42 COO: 000083526

RELATORIO GERENCIAL

CIELO
MAESTRO

542620-8763-02/18

1a VIA-CLIENTE AUT=052867

DOC=000698 07/07/17 08:05 DNL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 66,40

CUPOM: 000000000000000070070 MAC: B138
MSU_CTF: 000698 LOJA: 0113 PDV: 015

www.auttar.com.br

CAIXA: 015 LOJA: 113
OPR: 66984 VEN: 5915

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	JUSCELINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	01/03/85
NOME DA MÃE	BENEDITA DA CONCEIÇÃO SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.012.073
DATA DO ATENDIMENTO	06/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:48
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO
CID 10	S40.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo cervicalgia, dor no ombro direito. Torax e abdômen sem alterações. Nega desmaio, vômito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
Ultrassonografia do abdômen total
Tomografia de coluna cervical
Tomografia de coluna crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

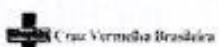
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

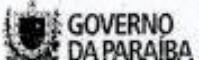
ALTA HOSPITALAR:	06/07/17
DATA DA EMISSÃO:	20/09/17

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ÁREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNEB: 2458276

Paciente		BAE	Detalhe/Hora Entrada	Data Saída
JUSCELINO DA SILVA		1912973	06/07/2017 19:48:55	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
01/03/1985	32	Masculino		(83) 986897218
Mãe				Prontuário:
BENEDITA DA CONCEÇÃO SILVA				
Endereço		Barro	Município	UF
DA ALEGRIA, SN		OTIBZERO	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo		Professional	NF Cons. Regional
GUIDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		WALTER LUIZ BANDERA ALVES	3356/PB
Data/Hora Classificação			Date/Hora Prescrição	
06/07/2017 19:48:55				

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DO OMBRO DIREITO RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS CD. ORIENTAÇÕES AINES REPOUSO

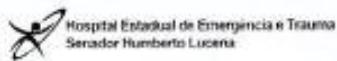
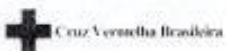
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Walter Luiz Bandeira Alves
CRM - 3359
WALTER LUIZ BANDERA ALVES
CPF: 400.722.881-01
(3356/PB)

JUSCELINO DA SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

[FINALIZAR](#) [IMPRIMIR](#) [REIMPRESSAR BOLETIM](#)



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, APEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
JUSCELINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
3208439

FOI ATENDIDO (A) POR **WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES**

DO (A) HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

NO DIA **06/07/2017 23:18:27** , NECESSITANDO DE **4** - QUATRO

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S) :

OBSERVAÇÃO
T14.9

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Walter Luiz Bandeira Alves

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(33591PB)

Walter Luiz Bandeira Alves
CRM - 3359
CPF: 236.722.854-01

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Idade: 32 anos

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Data: 06/07/2017

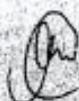
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 06/07/2017 20:32


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Idade:

32 anos

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Data:

06/07/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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 06/07/2017 21:05

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente JUSCELINO DA SILVA	BAE 1012073	Data/Hora Entrada 06/07/2017 19:48:55	Data Baixa
Data de nascimento 01/03/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe BENEDITA DA CONCEICAO SILVA			
Endereço DA ALEGRIA, SN	Bairro OITIZBRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	Nº Cons. Regional 9298/
Data/Hora Classificação 06/07/2017 19:48:55	Data/Hora Prescrição 06/07/2017 19:57:48		

Anamnese

VITIMA DE COLISAO CARRO-MOT. NEGA VOMITO, DESMAIO, CEFALGIA, QUEXA DE CERVICALGIA E DOR EM OMBRO D ABDOME E TORAX LIVRES
 NEGA OUTRAS QUEXAS ECG 15

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERRIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

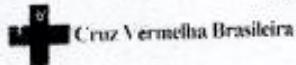
Conduta

Em observação

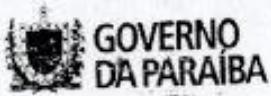
Iniciado

Dr. Adalberto Vieira D. Filho
 M.R CIRURGIA GERAL
 CRM - PB 9298

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
 (9298/)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JUSCELINO DA SILVA	BAE 1012073	Data/Hora Entrada 06/07/2017 19:48:55	Data Baixa 2017-07-06 23:23:07.0
Data de nascimento 01/03/1985	Idade 32	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988807218
Mãe BENEDITA DA CONCECAO SILVA			Prontuário
Endereço DA ALEGRIA, SN	Bairro OITIZERO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDERA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 06/07/2017 23:23:11		Data/Hora Prescrição 06/07/2017 23:23:12	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DO OMBRO DIREITO RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS CD:
ORIENTAÇÕES AINES REPOUSO

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário WALTER LUIZ BANDERA ALVES	Data e Hora 06/07/2017 23:23:07
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

WALTER LUIZ BANDERA ALVES
(3359/PB)

JUSCELINO DA SILVA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Idade: 32 anos

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Data: 06/07/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

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 06/07/2017 21:06

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

+ eque

www.BangorRadioRelay.com



O Segundo DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga e Passos Transportados ou Nodô) foi criado em 1971. Para amparar as vítimas de acidentes com veículos de terra o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro embargamente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11947883

A/C: JUSCELINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Lider: 3170594545 ASL-0432031/17

Vitima: JUSCELINO DA SILVA

Data Acidente: 06/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoraslider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoraslider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

SEGURO DPVAT

PL. 159 150 - 10-1965 H. H. H.

Reconstruction of the original service area
prestige, and to further reinforce
the exchange mechanism. By selecting and defining
elite areas, the leaders can

BR 1879-
Benzylalcohol (600 mg)

IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA** José Cláudio da SilvaDATA DO ACIDENTE 06/01/2017 CPF DA VÍTIMA 018.611.469-99**PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA SILVA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESES COA VÍTIMA É Uma pessoa que não tem mais idade para ser considerada menor de 16 anos.ENDERECO DO PORTADOR Rua Glória 1781, Centro, São Paulo, SP, 025-000-00Nº 10 COMPLEMENTO Bloco 33 Piso 101BAIRRO CentroCEP 01300-770UF SPCIDADE São PauloE-MAIL 391101-6947TELEFONE (11) 391101-6947

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPSSIBILIDADE 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

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA (ORIGINAL), QUE CONFIRME

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ÓIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ÓIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMENTO MÉDICO (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, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

() Morte = R\$ 13.500,00

() INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

() O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURODA LIDER DPVAT

() COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO

() PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 032 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23/10/2017NOME HANNA CORDEIROASSINATURA 



Seguradora Líder • DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA			
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	(<input type="checkbox"/>) VÍTIMA (<input checked="" type="checkbox"/>) REPRESENTANTE LEGAL, CUIÓ PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____			
ENDERECO DO PORTADOR	Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	TELÉFONE (_____) _____
CIDADE	UF	E-MAIL			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPSSIBILIDADE 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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 43.500,00. ESTE VALOR MARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REFIMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	DATA	MATR. CORREIOS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

CPF DA VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTE ESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____

E-MAIL _____

BAIRRO _____

CEP _____

 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA 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

• MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO 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) UNA 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 CONFIRME 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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CARTERA 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 MÊNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO

DE CASAMENTO OU CARTERA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÊNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

 O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____

NATR. CORREIOS _____

IDENITDADÉ _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

VITIMA	<i>USP/UFSCAR DO S/N VZ</i>
DATA DO ACIDENTE	<i>06/07/2011</i>
CPF DA VITIMA	<i>000.000.000-00</i>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	<i>IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE</i>
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<i>REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VITIMA E</i>
ENDERECO DO PORTADOR	<i>Rua Gólio da M. D'Amato 3700</i>
Nº	<i>65</i>
SUPLEMENTO	<i>Bairro. Jardim das Flores</i>
CIDADE	<i>UF SP</i>
E-MAIL	<i>izabelarofreire@gmail.com.br</i>
TELEFONE	<i>(11) 3571-6947</i>

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

<input checked="" type="checkbox"/> X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X N/A IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML. DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE LAUDO DO IML DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
<input checked="" type="checkbox"/> X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input checked="" type="checkbox"/> X N/A IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML. DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE LAUDO DO IML DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
<input checked="" type="checkbox"/> X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- X (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- X (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
- X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

<input checked="" type="checkbox"/> X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
<input checked="" type="checkbox"/> X NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input checked="" type="checkbox"/> X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

<input checked="" type="checkbox"/> X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
<input checked="" type="checkbox"/> X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
<input checked="" type="checkbox"/> X OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- X Morte = R\$ 15.500,00
- X Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.154/74.
- X Despesas médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (Reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.
- X Prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na seguradora. Liberar DPVAT
- X Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados neste formulário
- X Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	<i>IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE</i>
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS	<i>MATH CORREIROS</i>
DATA	<i>23/07/2011</i>
IDENTIDADE	<i>IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE</i>
ASSINATURA	<i>[Assinatura]</i>



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: FELIPE ARAUJO/1069637	DATA/HORA: 06/07/2017 18:30	
--	--------------------------------	--

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

BR: 101	KM: 90.2	SENTIDO: Crescente
------------	-------------	-----------------------

DESCRITIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Plena Noite	CONDICÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDICÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Retorno Regulamentado	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE: Sem Imagem	IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL: Sem Imagem
--	---

IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO CRESCENTE: 	IMAGEM PANORÁMICA SENTIDO DECRESCENTE:
--	--

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO: SAMU	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO: conduziu a vítima para o hospital de trauma
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05 NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

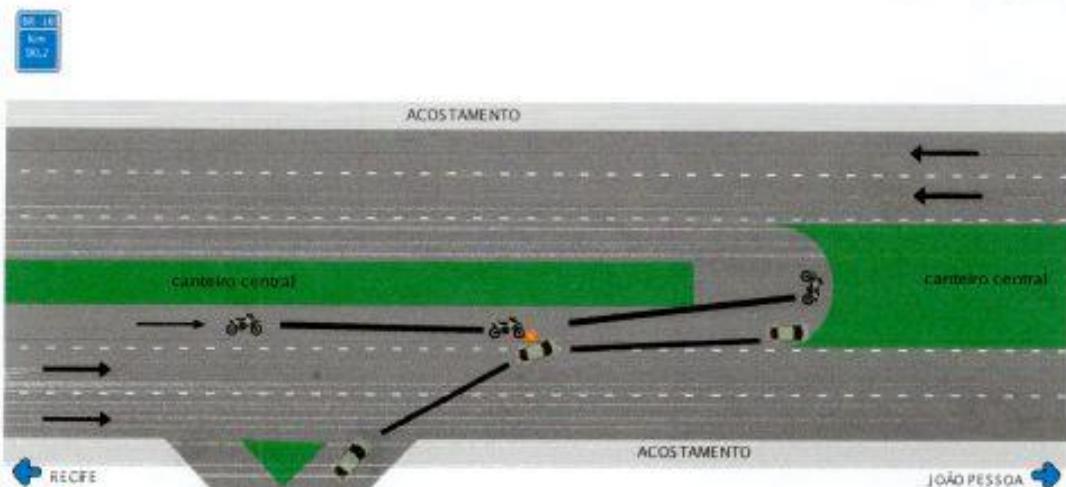


DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

Segundo informações no local e declaração do condutor, o V1, vw/gol1.0 de placas NXX8565, acessou a rodovia e ao tentar efetuar operação de retorno, mudando de faixa para acessar a pista de desaceleração próximo ao canteiro central, colidiu lateralmente o V2, cg 150 titan esd, de placas QFN 0139/PB, que deslocava na faixa de aceleração e estava para acessar a faixa da esquerda da via principal. Com a colisão lateral, o condutor do V2 caiu na alça de retorno.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A04996C7CDC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobel/autenticar

Página 2 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NXX8565	MARCA/MODELO: VW/GOL 1.0	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Automóvel		
CHASSI: 9BWAA45UXCP187253	RENAVAM: 00455856419	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Realizando retorno regular	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO:
TRANSPORTES PESADOS MINAS LTDA

CPF/CNPJ:
17.215.039/0001-29

Dados de Endereço

LÔGRADOURO:
NUMERO:

COMPLEMENTO:
BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:
BETIM/MG

TELEFONE:
EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QFN0139	MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2KC1650FR213312	RENAVAM: 01068204874	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Entrando na via	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

NOME DO PROPRIETÁRIO: LIDIANE LUCIA FELISMINO	CPF/CNPJ: 063.583.964-47
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R G PEDRO G MEDEIROS 183 APT 2	NUMERO: 00183
COMPLEMENTO: APT 201	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO: Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO: Sem Imagem
---	---

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156AB4996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NXX8565 / VW/GOL 1.0	EN VOLVIMENTO: Condutor	
NOME: ANTONIO BELARMINO DA COSTA NETO	CPF: 057.269.714-77	DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA DA PENHA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA HARKEREZ HENRIQUES DE MIRANDA LOUREIRO	NUMERO: 58
COMPLEMENTO: AP 102	BAIRRO: CUIA
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	EMAIL:
TELEFONE: 83986233666/81971121591	

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03884549770	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 14/07/2006	VALIDADE DA CNH: 08/09/2020	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

15

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMÉTRICO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05 NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFN0139 / HONDA/CG 150 TITAN ESD		EN VOLVIMENTO: Condutor
NOME: JUSCELINO DA SILVA	CPF: 078.611.464-99	DATA DE NASCIMENTO: 01/03/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: BENEDITA DA CONCEICAO SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA ANTONIO LISBOA DE LUCENA	NUMERO: 91
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: MANGABEIRA
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	

TELEFONE: 83 988807218	EMAIL:
---------------------------	--------

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06298355944	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 09/02/2015	VALIDADE DA CNH: 25/03/2019	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APPLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APPLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Socorrido pelo SAMU	
VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FFD0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NXX8565 / VW/GOL 1.0	NUMERO DO BAT: 17054661B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE: FELIPE ARAUJO/1069637	DATA/HORA: 06/07/2017 18:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA): 1	DIMENSÃO DA MONTA: Pequena
------------------------------	-------------------------------

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05 NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / QFN0139 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

NÚMERO DO BAT:

17054661B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FELIPE ARAUJO/1069637

DATA/HORA:

06/07/2017 18:30

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156AB4996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)

LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 10



(/)

[Buscar no site](#)

A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170594545 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA JUSCELINO DA SILVA
COBERTURA** Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JUSCELINO DA SILVA
CPF/CNPJ: 07861146499

Posição em 31-05-2018 14:02:04

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/05/2018	Negativa por ausência de comprovação documental	
27/12/2017	Exigência Documental	
14/11/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
[\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

[\(https://www.seguradoralider.com.br\)](https://www.seguradoralider.com.br)

(<https://www.facebook.com/pg/DPVATLiderOficial/about/>)
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-
1-%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20l%C3%ADder)

Serviços

- › [Acompanhe seu Processo \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](/Pages/Pontos-de-Atendimento)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › [Autoatendimento \(/Seguro-DPVAT/autoatendimento\)](/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › SAC DPVAT ([/Contato/Sac-DPVAT](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Denúncia de Fraudes ([/Contato/Denuncia-de-Fraudes](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))

Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0827913-14.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: JUSCELINO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que nos termos do despacho ID n. 17098687, e, em pesquisa realizada no sistema PJe e também no STI (Sistema Integrado de Comarcas), não foi constatado nenhuma outra ação de DPVAT, em nome do autor.

JOÃO PESSOA, 27 de fevereiro de 2019
VILMA VALENTE ACIOLI