
Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087001

Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190087001 Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Data do Acidente: 23/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0037413139** CPF da vítima: **135.673.27470** Nome completo da vítima: **Gabriel Vercunelis do Carmo Melo**

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

Nome completo: **Gabriel Vercunelis do Carmo Melo** CPF: **135.673.27470**

Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Djalma Miguel de Moraes** Número: **47** Complemento:

Bairro: **Moreira** Cidade: **Compinco Grande** Estado: **PE** CEP: **58407-590**

E-mail: **inacio@univ@compinco.com** Tel.(DDD): **8333341284**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0221** CONTA: **35731** AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, **Compinco Grande 30/01/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Vercunelis do Carmo Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Arálio Belone Sampaio

Assinatura do Procurador (se houver)

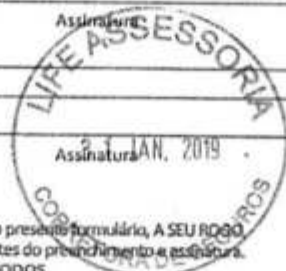
TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00349.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 23/07/2018

Hora: 10:44:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Martiliano Machado, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Próximo da Vila Plínio Lemos

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Adriama Barreto de Melo e Saulo Vasconcelos da Cunha
Idade: 18 Data de Nascimento: 17/05/2000 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 135.673.274-70
Endereço: Rua Elvira Araújo Agra, 197, Mirante, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Supermercado Extra
Telefone: (83) 99324-4481

TESTEMUNHA

Nome: Sizenando Cabral de Farias
Conhecido por: Não informado
Filiação: Antônia Ribeiro Cabral e Severino Fabricio de Farias
Idade: 42 Data de Nascimento: 28/08/1976 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Promotor de Vendas
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 030.532.644-98
Endereço: Rua- Djalma Miguel de Moraes, 47, Mirante, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Na Rua da Quadra do Colégio Regina Coeli
Telefone: (83) 98840-2120





TESTEMUNHA

Nome: Joyce do Nascimento Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Raquel do Nascimento e Josinaldo Nascimento dos Santos
Idade: 20 Data de Nascimento: 21/04/1998 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Babá
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 703.929.284-00
Endereço: Rua Pedro da Costa Agra (defronte o Cemitério de José Pinheiro), JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo do Cemitério de José Pinheiro
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 160 TITAN EX, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2016, placa QFN-5309, chassi 9C2KC2210GR007482, renavam 0106838691-3

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 TITAN EX, Ano/Modelo 2015/2016, cor preta, Placa QFN-5309-PB, Chassi de Nº 9C2KC220GR007482, licenciada em nome de Saulo Vasconcelos da Cunha, quando trafegava na rua Martiliano Machado, bairro José Pinheiro, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, quando transitava em alta velocidade colidiu na lateral da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Punho esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 08 de novembro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo
GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: 0037413139 CPF da vítima: 135.673.27470 Nome completo da vítima: Gabriel Vitorinus do Carmo Melo

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

Nome completo: Gabriel Vitorinus do Carmo Melo CPF: 135.673.27470

Profissão: estudante Endereço: Rua D. Salmo Miguel de Moraes Número: 47 Complemento:

Bairro: Monte Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58407-590

E-mail: inacio@univale.com.br Tel(DDD): 8333341288

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0221 CONTA: 357315

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Campina Grande 30/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

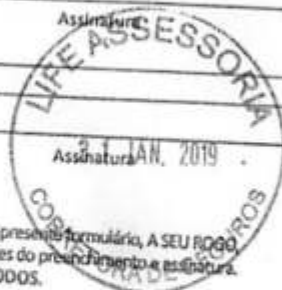
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 23/7/2018	HORA: 10:44 HRS	ID Nº: 1712390
NOME:	GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO.	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: MARTILIANO MACHADO - JOSE PINHEIRO	
COMPLEMENTO:	PROXIMO AO PLINIO LEMOS	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 15 de agosto de 2018.


Deocleio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Development

Reference: JMR/15
Emissão: 16/07/2016

100

Offshore oil and gas fields

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2433	2434	2435	2436	2437	2438	2439	2440	2441	2442	2443	2444	2445	2446	2447	2448	2449	2450	2451	2452	2453	2454	2455	2456	2457	2458	2459	2460	2461	2462	2463	2464	2465	2466	2467	2468	2469	2470	2471	2472	2473	2474	2475	2476	2477	2478	2479	2480	2481	2482	2483	2484	2485	2486	2487	2488	2489	2490	2491	2492	2493	2494	2495	2496	2497	2498	2499	2500	2501	2502	2503	2504	2505	2506	2507	2508	2509	2510	2511	2512	2513	2514	2515	2516	2517	2518	2519	2520	2521	2522	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580	2581	2582	2583	2584	2585	2586	2587	2588	2589	2590	2591	2592	2593	2594	2595	2596	2597	2598	2599	2600	2601	2602	2603	2604	2605	2606	2607	2608	2609	2610	2611	2612	2613	2614	2615	2616	2617	2618	2619	2620	2621	2622	2623	2624	2625	2626	2627	2628	2629	2630	2631	2632	2633	2634	2635	2636	2637	2638	2639	2640	2641	2642	2643	2644	2645	2646	2647	2648	2649	2650	2651	2652	2653	2654	2655	2656	2657	2658	2659	2660	2661	2662	2663	2664	2665	2666	2667	2668	2669	2670	2671	2672	2673	2674	2675	2676	2677	2678	2679	2680	2681	2682	2683	2684	2685	2686	2687	2688	2689	2690	2691	2692	2693	2694	2695	2696	2697	2698	2699	2700	2701	2702	2703	2704	2705	2706	2707	2708	2709	2710	2711	2712	2713	2714	2715	2716	2717	2718	2719	2720	2721	2722	2723	2724	2725	2726	2727	2728	2729	2730	2731	2732	2733	2734	2735	2736	2737	2738	2739	2740	2741	2742	2743	2744	2745	2746	2747	2748	2749	2750	2751	2752	2753	2754	2755	2756	2757	2758	2759	2760	2761	2762	2763	2764	2765	2766	2767	2768	2769	2770	2771	2772	2773	2774	2775	2776	2777	2778	2779	2780	2781	2782	2783	2784	2785	2786	2787	2788	2789	2790	2791	2792	2793	2794	2795	2796	2797	2798	2799	2800	2801	2802	2803	2804	2805	2806	2807	2808	2809	2810	2811	2812	2813	2814	2815	2816	2817	2818	2819	2820	2821	2822	2823	2824	2825	2826	2827	2828	2829	2830	2831	2832	2833	2834	2835	2836	2837	2838	2839	2840	2841	2842	2843	2844	2845	2846	2847	2848	2849	2850	2851	2852	2853	2854	2855	2856	2857	2858	2859	2860	2861	2862	2863	2864	2865	2866	2867	2868	2869	2870	2871	2872	2873	2874	2875	2876	2877	2878	2879	2880	2881	2882	2883	2884	2885	2886	2887	2888	2889	2890	2891	2892	2893	2894	2895	2896	2897	2898	2899	2900	2901	2902	2903	2904	2905	2906	2907	2908	2909	2910	2911	2912	2913	2914	2915	2916	2917	2918	2919	2920	2921	2922	2923	2924	2925	2926	2927	2928	2929	2930	2931	2932	2933	2934	2935	2936	2937	2938	2939	2940	2941	2942	2943	2944	2945	2946	2947	2948	2949	2950	2951	2952	2953	2954	2955	2956	2957	2958	2959	2960	2961	2962	2963	2964	2965	2966	2967	2968	2969	2970	2971	2972	2973	2974	2975	2976	2977	2978	2979	2980	2981	2982	2983	2984	2985	2986	2987	2988	2989	2990	2991	2992	2993	2994	2995	2996	2997	2998	2999	3000
PC TOTAL	5.37																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

411

0475-2875(199809)10:03:1-0

1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 2488-2489
 2490-2491
 2492-2493
 2494-2495
 2496-2497
 2498-2499
 2500-2501
 2502-2503
 2504-2505
 2506-2507
 2508-2509
 2510-2511
 2512-2513
 2514-2515
 2516-2517
 2518-2519
 2520-2521
 2522-2523
 2524-2525
 2526-2527
 2528-2529
 2530-2531
 2532-2533
 2534-2535
 2536-2537
 2538-2539
 2540-2541
 2542-2543
 2544-2545
 2546-2547
 2548-2549
 2550-2551
 2552-2553
 2554-2555
 2556-2557
 2558-2559
 2560-2561
 2562-2563
 2564-2565
 2566-2567
 2568-2569
 2570-2571
 2572-2573
 257

RESEARCHER'S NOTE: THE EDITORIAL BOARD OF *Journal of Management Inquiry* has accepted this article for publication. The author is responsible for the content and accuracy of the article.

Challenging conditions

Electronics 1997-2000

CONTRA INDICATIONS

JUL 18

APRIL 1987, Vol. 14, No. 4

23/07/2018

PRO INALTEIRA

09/08/2018

[illegible]

DEMIGNY, J. P.

[illegible]

Year	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100
1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.064.797-5
AV. PRES. EPITACIO PESSOA, 650 - JARD. PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



INACIO BRUNO SARMENTO
TV DINAMERICA ALVES CORREIA, 1020 L.J. 2
SANTA ROSA
58416-682 CAMPINA GRANDE-PB

Referência

NOVEMBRO /2018

Telefone

(83) 3334-1289

Vencimento

02/12/2018

Total a pagar

R\$ 13,76

Resumo da sua fatura

.....

R\$ 30,75



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Inácio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, de 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Vazquez da Cunha Neto inscrito (a) no CPF sob o nº 135673234, 70 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Gabriel Vazquez da Cunha Neto inscrito (a) no CPF sob o nº 135673234, 70, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Dinameneo Alves Cunha</u>		Número <u>1010</u>	Complemento <u>Lagoa 02</u>
Bairro <u>Dinameneo</u>	Cidade <u>Campos Gerais</u>	Estado <u>PIB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>inacio.bruno.sarmiento@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>85 33341279</u>	Telefone celular (DDD) <u>85 99885048</u>

C. Grand, 30 de Jan de 2019
Local e Data

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Saulo Vasconcelos da Cunha,
RG nº 325876, data de expedição 30/10/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 028 200534-08, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Djalma Miguel de Moraes, nº 43,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cabriel V. de Cunha Melo, cujo o condutor era
Cabriel Vasconcelos de Cunha Melo.

Veículo: Motocicleta.
Modelo: Motocicleta Honda CG160 TITAN CY
Ano: 2015
Placa: UFN 5300/PB
Chassi: 9C2K5C221062007482
Data do Acidente: 23/10/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 25/10/2018

5º Ofício

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REGINA FRANÇA
Assessoria Jurídica e Registro
Reconheço, como autêntica e verdadeira: a(s) FIRMAS(S) de:
SAULO VASCONCELOS DA CUNHA
Em testada verdade. Campina Grande - PB 25/10/2018 14:53:23
Daniela de Almeida - Escrevente
[2019-006470]EML:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,17
SELO DIGITAL: 44074585-IRSP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA
Escrevente Autorizada





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R. Djalma Miguel de Morais, 42 Bairro: Litorânea		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúneo	Data do Atend.:	23/07/18 Hora: 11:46 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	20	Frequência cardíaca:	40
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	100	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R: Djalma Miguel de Morais, 42 Bairro: Lirante		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúbia	Data do Atend.:	23/02/2018 Hora: 15h
Acidente de trabalho?	Não		

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular

Frequência respiratória: 20

Frequência cardíaca: 70

Pressão arterial: 120/80

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: 108

Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

PACIENTE: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

DATA DO EXAME: 23.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura no terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE ANTEPÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

43

Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





RAIO-X
REALIZADO EM
23.04.18

DR. SCARLENE JOSE SOARES
CRM 10017016
Osteomusculoesquelético

Indicar lesões + envolvimento

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUZAS HORÁRIO REALIZADO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

MÉDICO SOLICITANTE

Especialista:

Especialista:

SOLICITAÇÃO DE PACIENTE MÉDICO:

() Laboratorial

() Radiografia

() Ultrassonografia

() Tomografia Computadorizada

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

() Radiografia

QUEREMOS: Superfície corporal lesada - DIAGNÓSTICO / CID: 85

Gravidade: 1º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau

12º grau (12º grau) 13º grau



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R. Djalma Miguel de Morais, 42 Bairro: Litorânea		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúneo	Data do Atend.:	23/07/18 Hora: 11:46 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	20	Frequência cardíaca:	40
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	100	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R: Djalma Miguel de Morais, 42 Bairro: Lirante		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúbia	Data do Atend.:	23/02/2018 Hora: 15h
Acidente de trabalho?	Não		

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

PACIENTE: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

DATA DO EXAME: 23.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura no terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE ANTEPÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

43

Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Gabriel Varanda da Costa

CARTeira DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.380.250
DATA DE EMISSÃO	04/12/2016
NOME	
GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO	
FILIAÇÃO	
SAULO VASCONCELOS DA CUNHA ADRIANA BARRETO DE MELO	
NATURALIDADE	
CAMPINA GRANDE-PB	
DATA DE NASCIMENTO	
17/05/2000	
DOC DIVULGA	
CERT. NASC. Nº 1.794 - LV-A-02 - FLS 122 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB	

1.º Emissão em 29/08/03





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

135.673.274-70

Nome

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Nascimento

17/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



SELO DIGITAL: AF144766-TDJS

Consulte a autenticidade em <https://www.digital.rj.pb.gov.br>

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques da Silva, 93 - Centro Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.745/0001-76

Ed. Paolo Olschki di Lucerna

Certidão e seu fecho - presente cópia fotostática

4 a Reprodução fiel do original que me foi exibido

Campina Grande 28-06-17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Table 50

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
SENTENÇA DE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS



6551647484-00 P000742000

ASSINATURA DO PDR
Anairé Basso Siqueira



廣東省科學院



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIABA
IDENTIDADE DE ADVOGADO
INACIO BRUNO SARMENTO
21472
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO
AUTENTICADO
OLHO D'AGUA-PS
214722 - SSP/PS
COPIADA DE BOLETA E TITULO
MAO
PAULO ANTONIO SILVA E SILVA
PAGINA 13
02 23/02/1978
VIA EXERCICIO EM
028 781 814.00
LDO
24/01/1978
DATA DE RECEBIMENTO

21472



LIFE ASSESSMENT

31 JAN 2005

CORRETO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012236015090

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0106838693-3 2015

SAULO VASCONCELOS DA CUNHA

02820053408

CF/5309/PB

NOVO PB 9C2KC2210GR007482

PB Nº 012236015090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguredotransito.com.br
SAC DPVAT 8006 022 1394

2015 12/11/2015

HONDA/CG 160 TITAN EX

2015 2015

2 P/162 /CL

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 10/11/2015

***** 0

***** SEGURO PAGO 10/11/2015

A.F ADM DE CONC NACIOH HONDA LTDA

0106838693

HONDA/CG 160 TITAN EX

2015 9

9C2KC2210GR007482

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO

PAGO

PARCELADO

10/11/2015

SEGURODORA LIDER - DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gabriel Vozemel de Azevedo Melo
 DATA DO ACIDENTE 23/07/2018 CPF DA VÍTIMA 135.673.274-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gabriel Vozemel de Azevedo Melo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Gabriel Vozemel de Azevedo Melo
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Djalma Miguel de Moraes
 Nº 42 COMPLEMENTO BAIRRO Nunante
 CIDADE Campina Grande UF PR CEP 58407-590
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341239

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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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)
☐ 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 RECEITUÁRIO 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, 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/01/2019
 IDENTIDADE 4880250
 ASSINATURA Gabriel Vozemel de Azevedo Melo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
 NOME
 ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão advogado, inscrito
no CPF de nº. 135.163.1274-70, e no RG de nº 4380250, residente
e Domiciliado a Rua: Djalma Bezerra de Azevedo, nº 47,
Bairro Maricá, na Cidade de Campina Grande,
Estado Paraíba, CEP 58407-590.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Involuntário, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo, ocorrido em 23.10.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Campina Grande/PB, em 25 de Outubro de 2018

5º Ofício

Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



REGINA FRANCA
Escritora Autorizada
Em testada verdade, Campina Grande-PB 25/10/2018 14:32:45
Daniela de Almeida - Escritora
2010-0004693001-05 19,48 FAPEN:R 0,26 FEPQ:R 1,90 ISS:R 0,47
CELO DIGITAL 18024584-0110
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

DANIELA DE ALMEIDA
Escritora Autorizada



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037413/19

Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELC

CPF: 135.673.274-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: GABRIEL VASCONCELOS
DA CUNHA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO : 135.673.274-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO
CPF: 135.673.274-70

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA