



Número: **0822453-12.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JONAS DE CARVALHO SILVA (AUTOR)	FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45627 822	12/07/2021 14:04	<u>Petição</u>	Petição
45627 826	12/07/2021 14:04	<u>2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_04</u>	Outros Documentos
45627 827	12/07/2021 14:04	<u>2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45627 828	12/07/2021 14:04	<u>2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
45627 830	12/07/2021 14:04	<u>2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_04</u>	Outros Documentos
45627 831	12/07/2021 14:04	<u>2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_05</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041548300000043358326>
Número do documento: 21071214041548300000043358326

Num. 45627822 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08221840220218152001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/04/2021**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 1

A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida pelo Dr. MATHEUS MOZART, CRM nº 9456 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos totalmente unilaterais da Autora para sua própria conveniência, 16 meses após o alegado acidente.

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual for registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA PARA O EVENTO

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 2

Verifica-se que A VÍTIMA NÃO SOFREU QUALQUER ACIDENTE DE TRÂNSITO, motivo pelo qual a parte autora não faz jus à indenização a título de Seguro DPVAT.

Ocorre que, a parte autora relata na exordial que sofreu acidente fatal ocasionado por veículo automotor, todavia, em detida análise dos documentos acostados aos autos, percebe-se que, em verdade, o veículo automotor não foi causa determinante do dano.

Vejamos a narrativa do acidente:

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00174.01.2021.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00174.01.2021.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 15 de abril de 2021, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz Carlos Monteiro Guedes, matrícula 755796, e lavrado por AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO, Agente Operacional de Polícia Civil, matrícula 1880934, ao final assinado, compareceu **Cleverson Wagner Pereira de Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria Elizabete Pereira de Oliveira e Jose Nunes de Oliveira, nascido(a) em 18/02/1994 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. João Francisco de Araujo, Nº 33, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Ginásio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. João Francisco de Araujo, nº 33, Ginásio Renatão, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/04/21 09:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREIFIXO 0612 PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA

EMPRESA SONHO DOURADO DE TRÂNSITO
- JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UBS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 Á 50 METROS DE DISTÂNCIA LHE CAUSANDO VÁRIAS LESÕES, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA ONDE CHEGOU EM ESTADO GRAVÍSSIMO. QUE O DECLARANTE TEM POSSE DE LAUDO MÉDICO Nº 1.207.477, ONDE FOI SOLICITADO PELO DR. EWERTON NORONHA CRM 2516/PB VÁRIOS EXAMES. TENDO O DECLARANTE DUAS TESTEMUNHAS DO FATO OCORRIDO, SEJAM; MARCELO DOS RAMOS NASCIMENTO, RESIDENTE A RUA JOÃO FRANCISCO DE ARAUJO Nº10, E JOÃO JOSE DE SOUZA, RESIDENTE A RUA PARÁ Nº 333 NESTA CIDADE.

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

Santa Rita/PB, 15 de abril de 2021.


AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO
Agente Operacional de Polícia Civil


CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
Noticiante

De acordo com o art. 2º, da Lei n.º 6.194/74, os danos pessoais sofridos por quem pretende receber a indenização do seguro DPVAT necessitam ser concretamente "*causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga*".

Ressalte-se que tais "danos pessoais" são causados através de "acidentes", chamados de "acidentes automobilísticos", pois são causados através de veículos automotores, ou, na maioria das vezes, chamados de "acidentes de trânsito", já que o veículo tem que, necessariamente, estar em trânsito para que ocorra o acidente coberto pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Não há como se concluir que o veículo se encontrava em movimento, mas pelo contrário, os fatos narrados, sugerem que o veículo estava parado de modo que o caminhão serviu apenas como uma concausa passiva no evento, não tendo sido o efetivo causador do dano.

"CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. QUEDA DE VEÍCULO AUTOMOTOR INERTE. CAUSALIDADE ADEQUADA. AUSÊNCIA. DEVER DE INDENIZAR. INEXISTÊNCIA.

1. *Os danos pessoais sofridos por quem reclama indenização do seguro DPVAT devem ser efetivamente "causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga", nos termos do art. 2º, da Lei n.º 6.194/74. Ou seja, o veículo há de ser o causador do dano e não mera concausa passiva do acidente.*
2. *No caso concreto, tem-se que o veículo automotor, de onde cairá o autor, estava parado e somente fez parte do cenário do infortúnio, não sendo possível apontá-lo como causa adequada (possível e provável) do acidente.*
3. **Recurso especial não-providão** (REsp 1.185.100/MS, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, julgado em 15/02/2011, DJe 18/2/2011).

Assim, para que haja cobertura da indenização do Seguro Obrigatório DPVAT é necessário analisar os critérios de uso e conexão de causalidade, não bastando para efeito de indenização do Seguro que o veículo seja concausa passiva do acidente.

Diante do exposto e por tudo mais que nos autos consta, a **IMPROCEDÊNCIA** é medida que se impõe.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

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

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

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

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

Portanto, como não há conexão de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 4

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. É exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada IMPROCEDENTE.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 5

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima.

Friza-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação:

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 6

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. SUELIO MOREIRA TORRES** inscrito sob o nº 15477 - OAB/PB, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de julho de 2021.

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 7

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatómica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatómica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatómica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardíovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatómica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatómica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatómica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
 Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 9

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08221840220218152001.

Rio de Janeiro, 5 de julho de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234567

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.** (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A

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

www.joaobarbosaadvass.com.br



DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art.** ^{1º} **...**
^{§2º} *Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.*

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041626500000043358328>
Número do documento: 21071214041626500000043358328

Num. 45627826 - Pág. 11

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DE CARVALHO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404170160000043358329>
Número do documento: 2107121404170160000043358329

Num. 45627827 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DE CARVALHO SILVA**

Nº Sinistro: **3180349487**
Vitima: **JONAS DE CARVALHO SILVA**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349487**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13171139



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DE CARVALHO SILVA**
Nº Sinistro: **3180349487**
Vitima: **JONAS DE CARVALHO SILVA**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180349487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Pag. 00903/00904 - carta_03 - INVALIDEZ

0060452


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **INTERROMPIDO** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13173645

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 4

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Carta nº 13578318

A/C: JONAS DE CARVALHO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180349487 ASL-0277296/18
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA
Data Acidente: 30/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV** **SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: 118621.694-89 CPF da Vítima: 118621.694-89 Nome completo da vítima: Jonas de Carvalho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Jonas de Carvalho Silva</u>	CPF titular da conta	<u>118621.694-89</u>	Profissão	<u>Aluno/estudante</u>
Endereço	<u>Rua João da Cunha</u>	Número	<u>206</u>	Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Morros Maria</u>	Cidade	<u>Santa Rita</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>holly.dpvat@gmail.com</u>				
	Telefone (DDD) <u>(089)9100-0607</u>				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
RS 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
<u>3348</u>		<u>03993</u>	<u>9</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ N.R.			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Jonas de Carvalho Silva . 23 de Julho de 2018 Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jonas de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: JOAO NETO/1970075	DATA/HORA: 30/01/2018 16:00			
Na Rodovia				
MUNICÍPIO/UF: BAYEUX/PB				
BR: 230	KM: 34.0	SENTIDO: Decrescente		
DESCRITIVO DO LOCAL:				

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDICÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDICÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIARIA: Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JSL, 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

Corpo de bombeiros

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Não compareceu por não possuir VTR disponível

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Não compareceu por não possuir VTR disponível

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075.

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D8B7C176D6086F4886F

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

Página 1 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 7



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



PROTOCOLO:
18007133B01

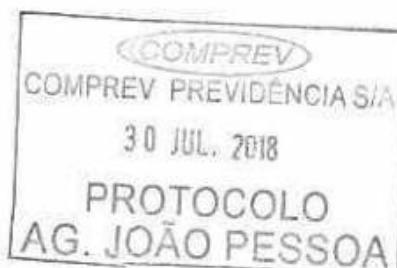
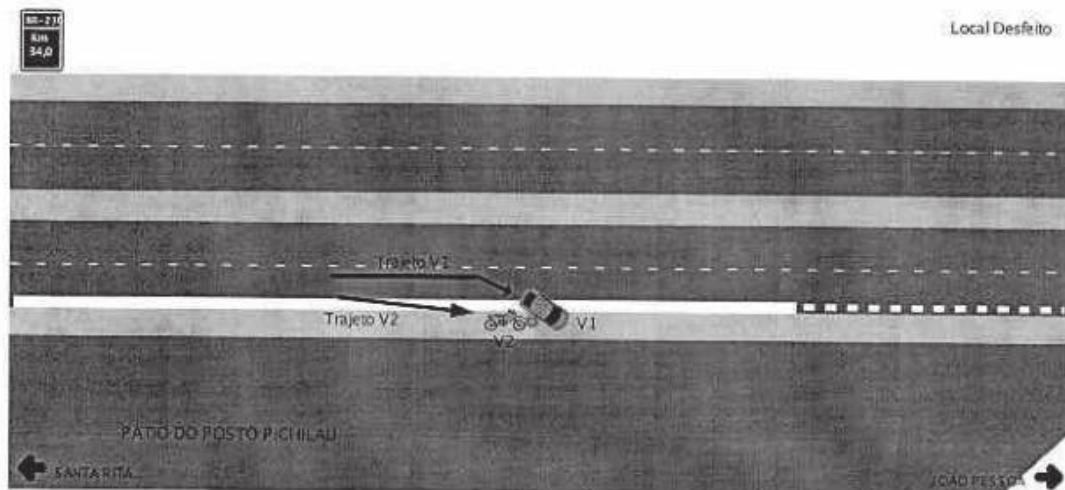
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	V1 V2
2	Queda de ocupante de veículo	V2

Croqui



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 2 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 8



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

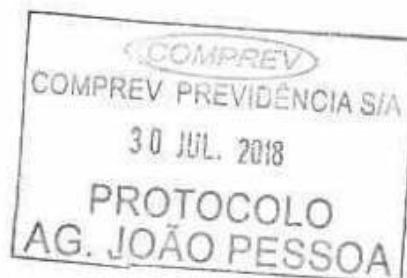


PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

No dia 30/01/2018, às 16:25 horas, a equipe PRF de serviço na Unidade Operacional Mata Redonda se encontrava em ronda pela BR 230, sentido crescente, quando foi acionada pelo C3R para atender um acidente na BR 230, KM 34, sentido decrescente. A equipe chegou ao local às 16h45, encontrando o local desfeito com os veículos envolvidos estacionados no acostamento da via, logo na saída do pátio do posto Pichilau, próximo ao viaduto de acesso ao aeroporto. A via possui sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Não chovia no momento do acidente, o céu estava claro e sem nuvens. O acidente consistiu numa colisão transversal envolvendo dois veículos, a saber: V1) CHEVROLET COBALT 1.8 LT, de placas OJZ 6200/RN, conduzido pelo Sr. ÁLVARO JOSÉ ALVES (CPF 702.049.504-49) e V2) HONDA CG 150 TITAN KS, de placa MOP 0856/PB, conduzida pelo Sr. JONAS DE CARVALHO SILVA (CPF 118.621.694-89). O acidente se deu quando o V1, que seguia o fluxo no sentido decrescente da via, decidiu acessar o posto Pichilau pela saída de veículos, realizando uma manobra de conversão proibida pela sinalização horizontal. V2, que seguia o fluxo no mesmo sentido de V1, logo atrás deste, não conseguiu frenar a tempo e colidiu na porta traseira direita de V1. O acidente teve como vítima com lesões leves o condutor de V2, os demais envolvidos não sofreram lesões aparentes. O condutor de V2 não possuía CNH ou PPD, tendo sido lavrado auto de infração correspondente ao fato. Os condutores foram submetidos ao teste de alcoolemia com resultado 0,00mg/l de ar. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. Foram acionados tanto o Corpo de Bombeiros quanto o SAMU para atender o condutor de V2, mas nenhum dos dois órgãos compareceu ao local alegando falta de viatura para encaminhar. O ferido foi conduzido para o hospital por familiares, em carro particular, após ter a perna esquerda imobilizada com equipamento de primeiros socorros disponíveis na VTR PRF que atendeu o acidente. Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34

NÚMERO DE CONTROLE: 98BB800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 3 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 9



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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OJZ6200	MARCA/MODELO: CHEVROLET/COBALT 1.8 LT	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Automóvel		
CHASSI: 9BGJB69Z0EB120061	RENAVAM: 00566938464	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Aluguel	MANOERA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Realizando retorno irregular	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Veículo, no momento do acidente, realizou conversão em local proibido pela sinalização horizontal, tentando adentrar na área do Posto Pichilau pela via de saída do estabelecimento. Realizado o auto de infração nº T137465718.

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSE ALVES DA FONSECA FILHO	CPF/CNPJ: 413.381.624-20
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

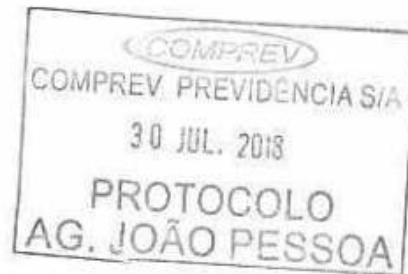
MUNICÍPIO/UF:
PARNAMIRIM/RN

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98BB00FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 4 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 10



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



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOP0856	MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2KC08108R267606	RENAVAM: 00978075200	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

NOME DO PROPRIETÁRIO: FLAVIA IVA DO NASCIMENTO	CPF/CNPJ: 402.579.688-06
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
-------------	---------

COMPLEMENTO:	BAIRRO:
--------------	---------

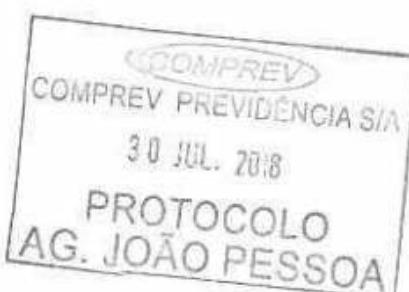
MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOÃO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 5 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>

Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 11



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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT		EN VOLVIMENTO: Condutor
NOME: ALVARO JOSE ALVES	CPF: 702.049.504-49	DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1970
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA GILBERTO NORBERTO	NÚMERO: 30	
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: CAJUPIRANGA	
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN		
TELEFONE: 84 99977 7069	EMAIL:	

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 01211659242	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 02/10/1995	VALIDADE DA CNH: 15/04/2020	

OBSERVAÇÕES DA CNH:
A

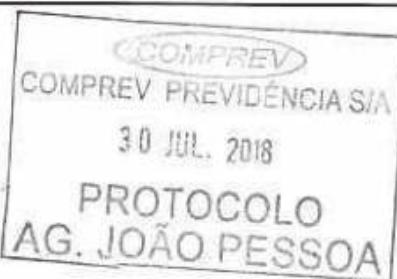
Circunstâncias

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

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Realizado o teste de etilômetro de nº 3608 (aparelho 89822).



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D8B7C176D6086F4886F

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

Página 6 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404170160000043358329>
 Número do documento: 2107121404170160000043358329

Num. 45627827 - Pág. 12

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	PROTOCOLO: 18007133B01
	STATUS: Encerrado



PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO:	
V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS	Condutor	
Nome:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
JONAS DE CARVALHO SILVA	118.621.694-89	17/07/1994
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
Solteiro(a)	NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
JOAO DA EGA	206
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
	MARCOS MOURA

MUNICÍPIO/UF:

SANTA RITA/PB

TELEFONE:	EMAIL:
83 98720 4017	

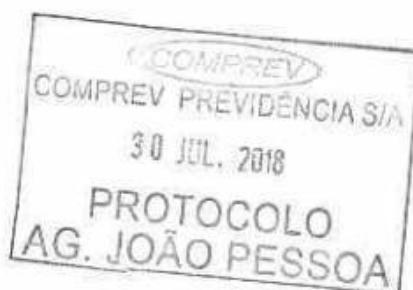
Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves	NÃO APPLICÁVEL	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
Sim	NÃO APPLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Sim	0.0 mg/L	Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Não	Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
 Condutor não habilitado, lavrado o auto de infração nº T137465707. Realizado o teste de etilômetro de nº 3600 (aparelho 80622).



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 7 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
 Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 13



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



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT

NUMERO DO BAT:

18007133B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

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 **COMPREV** COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

30 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 8 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404170160000043358329>
 Número do documento: 2107121404170160000043358329

Num. 45627827 - Pág. 14



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



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

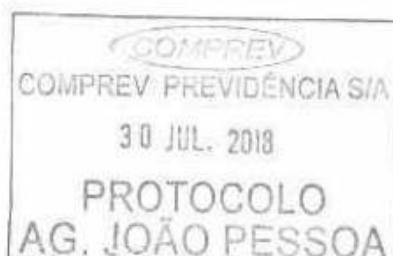
IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 9 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 15



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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS

NUMERO DO BAT:

18007133B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		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 JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34

NÚMERO DE CONTROLE: 988800FAEF0D6B7C176D8086F4886F

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

Página 10 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 16



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



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

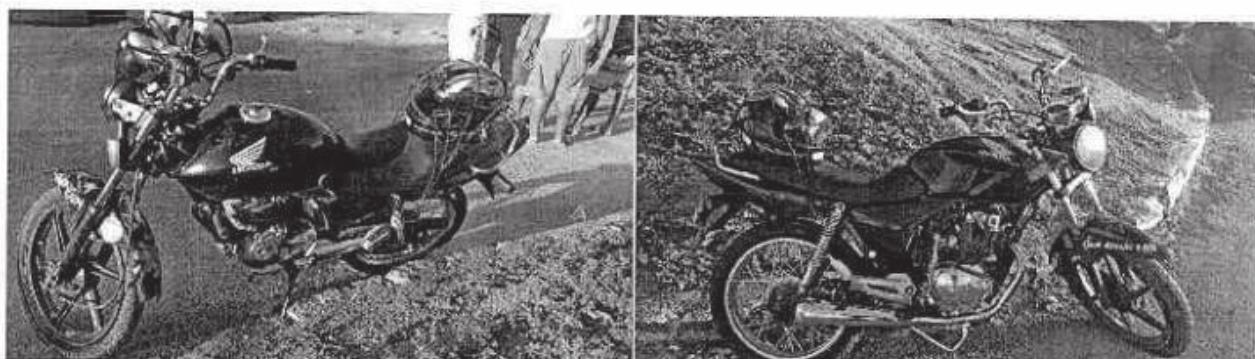


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1976075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2016 22:34

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEFDD6B7C176D8086F4886F

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

Página 11 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 17

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Jenny de Carvalho Silva CPF da Vítima 118.621.694-89 Data do Acidente 30/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

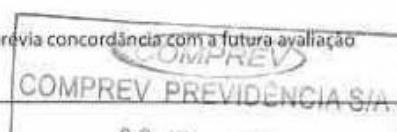
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
de 2018

Jenny de Carvalho Silva
Local e Data

Jenny de Carvalho Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Tomás de Carvalho Silva	138.621.694-89	30/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Pessoa, 25 de Setembro de 2018
Local e Data

Tomás de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



às Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

Reservado p/ liberacao

COMPREV
COMPREV-PREVIDÉNCIA SIA

30 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTINO DO PACIENTE

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

Neida Oliveira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DE CARVALHO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404170160000043358329>
Número do documento: 2107121404170160000043358329

Num. 45627827 - Pág. 22

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 006.896.099



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

NEIDE CARLOS OLIVEIRA
RUA JOÃO DA EGA,206
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/787945-5

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

27/06/2018

CONSUMO

229

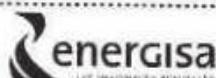
VENCIMENTO

04/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,11

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAQUE AQUI

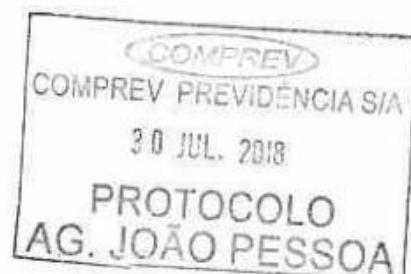
NEIDE CARLOS OLIVEIRA

Rotelro: 16-309-385-6620

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/07/2018	R\$ 193,11	787945-2018-06-2

(83)99811-5088
(83)99300-5607



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>

Número do documento: 21071214041701600000043358329

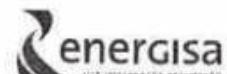
Num. 45627827 - Pág. 23

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/corrente de energia elétrica - N° 038.023.981



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-040
CNPJ 09.032.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEONGADÓ RIBEIRO COUTINHO 201 SL 206
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2018

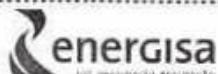
26/06/2018

150

03/07/2018

R\$ 144,47

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAMPAZ AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1159

83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

03/07/2018

R\$ 144,47

1082314-2018-06-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404170160000043358329>

Número do documento: 2107121404170160000043358329

Num. 45627827 - Pág. 24

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávia da do Nascimento,
RG nº 4.206.238, data de expedição 11/11/13,
Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 502.577.698-06, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Paraíba, nº 38,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima: Jonas de Contilus Silva cujo o condutor era
Jonas de Contilus Silva.

Veículo: Motocicleta/Neon Azul
Modelo: Aeruda CG 150 Titan X5
Ano: 2008
Placa: MOP 0856
Chassi: 9G2K4C08108R267606
Data do Acidente: 30/03/2018
Local e Data: Surubim, 20 Abril de 2018

 Flávia da do Nascimento
2º Of. Assinatura do Declarante

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





98-

CERTIDÃO

Nº. 0896/2018

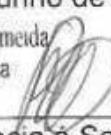
Atendendo solicitação de JONAS DE CARVALHO SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 98784 e Prontuário nº 2018.01.4301, pertencentes a **mesma** que foi atendido dia 30/01/2018 às 18h50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

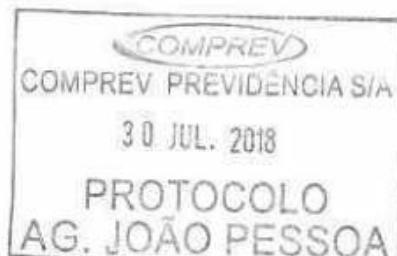
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/02/2018 com alta médica dia 22/02/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

INTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

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

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regula

Data: 30/01/2018

Hora: 18:50:40

Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL

EX: () - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.004301

NS: 700507190944958 Sexo: M IDENTIDADE: 4021767 Fone: 987901653

Residencial: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 17/07/1994 Id: 23 ano(s)

End.: RUA JOAO DE EGA, 206

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF:PB

Mae: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Pai: JOSEMBERG DE CARVALHO SILVA

Educação: PARDAS Etnia: SEM INFORMACAO

Profissão: DESEMPREGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

PROTECOES DE ENTRADA

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA MOTO-COND.-SO-16H00

Vitima de violencia por: BAYEUX POSTO PICHILAU

OU Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

PR:

Aparentemente Bem Grave

TP:

TP:

Politraumatizado Convulsao

Altura:

Altura:

Hemorragia

IMC:

IMC:

Diarreia

OBS:

OBS:

Regular

Q. de Principal

30 JUL. 2018

Vomito

QUEDA DE MOTO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Observacao

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

o paciente no 3h. Relato que de repente, não
pode se locomover em razão de um impacto no lado
esquerdo, sem dor, sem sangramento, sem desmaio.

postico

Conduta

RL

- Analgesia

Prescrição

Horario da medicacao

500 mg 1000 mg

em farto (1000 mg)

500 mg 1000 mg

em farto (1000 mg)

Dose única de 1000 mg

em farto (1000 mg)

recomendação de paciente bem
de fato fino F.

Este Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Se	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				
131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				
151				
152				
153				
154				
155				
156				
157				
158				
159				
160				
161				
162				
163				
164				
165				
166				
167				
168				
169				
170				
171				
172				
173				
174				
175				
176				
177				
178				
179				
180				
181				
182				
183				
184				
185				
186				
187				
188				
189				
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				
201				
202				
203				
204				
205				
206				
207				
208				
209				
210				
211				
212				
213				
214				
215				
216				
217				
218				
219				
220				
221				
222				
223				
224				
225				
226				
227				
228				
229				
230				
231				
232				
233				
234				
235				
236				
237				
238				
239				
240				
241				
242				
243				
244				
245				
246				
247				
248				
249				
250				
251				
252				
253				
254				
255				
256				
257				
258				
259				
260				
261				
262				
263				
264				
265				
266				
267				
268				
269				
270				
271				
272				
273				
274				
275				
276				
277				
278				
279				
280				
281				
282				
283				
284				
285				
286				
287				
288				
289				
290				
291				
292				
293				
294				
295				
296				
297				
298				
299				
300				
301				
302				
303				
304				
305				
306				
307				
308				
309				
310				
311				
312				
313				
314				
315				
316				
317				
318				
319				
320				
321				
322				
323				
324				
325				
326				
327				
328				
329				
330				
331				
332				
333				
334				
335				
336				
337				
338				
339				
340				
341				
342				
343				
344				
345				
346				
347				
348				
349				
350				
351				
352				
353				
354				
355				
356				
357				
358				
359				
360				
361				
362				
363				
364				
365				
366				
367				
368				
369				
370				
371				
372				
373				
374				
375				
376				
377				
378				
379				
380				
381				
382				
383				
384				
385				
386				
387				
388				
389				
390				
391				
392				
393				
394				
395				
396				
397				
398				
399				
400				
401				
402				
403				
404				
405				
406				
407				
408				
409				
410				
411				
412				
413				
414				
415				
416				
417				
418				
419				
420				
421				
422				
423				
424				
425				
426				
427				
428				
429				
430				
431				
432				
433				
434				
435				
436				

I. Reservar o P/ liberação

Assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

ESTUDO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável:

Assinatura e Carimbo do Médico

inatura e Carimbo da Medico
COMPRA PREVIA CLASIA

30 WL 2018

30 JUL. 2002
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>Jairus de Souza filho</i>		Data da Admissão: <i>30/01/18</i>						
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:					
Nome da Mãe:								
Endereço:	Bairro:							
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:					
Sexo: F() M()	Cor:	Estado Civil:	Religião:					
Escolaridade:	Data de Nascimento <i>/ /</i>							
QPD:								
HDA: <i>Febre Toux C.</i>								
<table border="1"><tr><td>COMPREV</td></tr><tr><td>COMPREV PREVIDÊNCIA SIA</td></tr><tr><td>30 JUL 2018</td></tr><tr><td>PROTÓCOLO</td></tr><tr><td>AG. JOÃO PESSOA</td></tr></table>				COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA	30 JUL 2018	PROTÓCOLO	AG. JOÃO PESSOA
COMPREV								
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA								
30 JUL 2018								
PROTÓCOLO								
AG. JOÃO PESSOA								
Medicações em uso:								
Interrogatório Sintomatológico:								
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____								
Pele: _____								
Cabeça e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____								
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____								
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume								
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____								
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos								
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor								

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José de Carvalho Silveira</i>				Registro:																	
Idade: <i>20/02</i>	Sexo: <i></i>	Cor: <i></i>	Clinica: <i></i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>																
Data: <i>20/02</i>		Cirurgião: <i>Indalecio Paolini</i>		1º Assistente: <i>Roberto J.</i>																	
2º Assistente: <i></i>		3º Assistente: <i></i>		Instrumentador: <i></i>																	
Anestesista: <i></i>		Tipo Anestesia: <i></i>		Horário: <i></i>	I: <i></i> T: <i></i>																
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO																					
<i>O fraturado tibio (E)</i>																					
CID																					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO																					
<i>O meus / Comunhão</i>																					
CID																					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)																					
<i>osteossíntese de fraturado tibio (E)</i>																					
CÓDIGO																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><i>COMPREV</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">COMPREV PREVIDÊNCIA S/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">30 JUL. 2018</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">PROTOCOLO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">AG. JOÃO PESSOA</td> </tr> </table>						<i>COMPREV</i>	COMPREV PREVIDÊNCIA S/	30 JUL. 2018	PROTOCOLO	AG. JOÃO PESSOA											
<i>COMPREV</i>																					
COMPREV PREVIDÊNCIA S/																					
30 JUL. 2018																					
PROTOCOLO																					
AG. JOÃO PESSOA																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">Acidente durante Ato Cirúrgico</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> Sim</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Biópsia de Congelação:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">1() Sim</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">2() Não</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">1() Enfermaria</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2() Terapia Intensiva</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding: 5px;">3() Residência</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">4() Óbito durante o Ato Cirúrgico</td> </tr> </table>						Acidente durante Ato Cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Biópsia de Congelação:		1() Sim		2() Não		Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		1() Enfermaria	2() Terapia Intensiva	3() Residência	4() Óbito durante o Ato Cirúrgico
Acidente durante Ato Cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim																				
	<input type="checkbox"/> Não																				
Biópsia de Congelação:																					
1() Sim																					
2() Não																					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:																					
1() Enfermaria	2() Terapia Intensiva																				
3() Residência	4() Óbito durante o Ato Cirúrgico																				
<i>Dr. Indalecio Paolini Fernandes</i> <i>Ortopedista - Traumatologista</i> <i>CRM 6827 TEOT 14247</i>																					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte am DDH. sob raqui-anestesia
- ② Asssep + anelissep + CCP
- ③ Gintecimento à nível de coxa (E)

Incisão:

- ② Incisão longitudinal medial am joim (F)
por pincel ate o osso

Achados:

- ② Fractura comminuta da fibula (E)

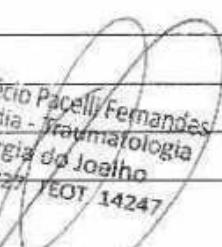
Conduta:

- ② Reducao cruento av fratura fibula (E)
- ② Possofern ou 2 pinhais interfrasais
n° 32 sob sedação
- ② Colocação de placa DCP 4.5MM de 12 furos
pre-moldada
- ② Fixação de placa com pinhais cortiluz
4x30, 1x28, 1x34 e espinhos
1x40 e 1x45 sob sedação
- ② Sutura por pincel
- ② Caudilho

Fechamento:

- ② PDD

	COMPREV	
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
OBS:	30 JUL. 2018	
	PROTOCOLO	
	AG. JOÃO PESSOA	


 Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6827 EOT 14247

Data: 20/02/18

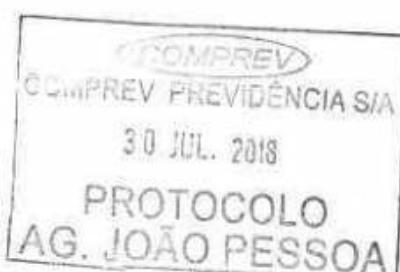
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





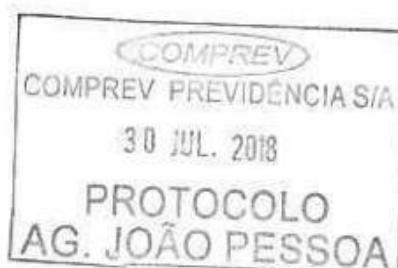
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	1.929.439 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2010	
NOME DANILÓ DE ARAUJO NOBRE LEITE	
PESOAP FRANCISCO NOBRE LEITE CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE	
NACIONALIDADE PIANCO - PB	DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977
DOC CEDENAM N. 5007 FLS. 307 LIV. B-19	
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB	
CPF 021.762.164-31	
Data de Emissão: 01/01/2010	
Assinatura do Diretor	
LEI N.º 7.119 DE 29/06/93	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 32

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO		MOP0856
	2017	
FLAVIA IVA DO N		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>
	MOP0856	Último Licenciamento: 2017
PASSA / MOTOCICLETA	GASOLINA	Proprietário: FLAVIA IVA DO N
HONDA/CG 150 TITAN KS	2008 2008	Placa: MOP0856
PARTICULAR PRETA		Combustível: GASOLINA
31/08/2018		Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
		Ano de Fabricação: 2008
		Ano Modelo: 2008
		Categoria: PARTICULAR
		Cor Predominante: PRETA
		Vencimento Licenciamento: 31/08/2018
		Observação:
		Restrição:
		Financeira:
		Município: CAMPINA GRANDE
		Situação: EM CIRCULACAO
		Data da Consulta: 25/07/2018
CAMPINA GRANDE	25/07/2018	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

558.621.699-89

Nome completo da vítima

Jônio de Corralho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jônio de Corralho Silva	558.621.699-89	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Jono da... 209	206	
Bairro	Estado	CEP
Morelos Novo	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)	
Uolvi.splat@gmail.com	(83) 99811-5088	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider DPVAT, o endereço informado acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

13 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NRO. _____ NÃO _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____

Informar dígito se existir Informar dígito se existir

AGÊNCIA NRO. 3346 D/V 03443 CONTA NRO. 9
Informar dígito se existir Informar dígito se existir

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

Local e Data

Jônio Jônio, 13 de novembro de 2018

Jônio de Corralho Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: ANALISTA DE MONTAGEM

Identidade: 1.021.767 CPF: 118.621.694-89

Endereço: Rua João de Souza, 206,
Al. Moura, 5.410, João Pessoa, CEP: 55000-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 24 de Junho de 2018.

x Jonas de Carvalho Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 Santiago Pereira
NOTÁRIO PÚBLICO E FERREIRA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) da(s)
JOANAS DE CARVALHO SILVA*****
En test. da verdade, Dated: PB 24/07/2018 11:21:16
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto
2018-0070523EMOL:R\$ 49,48 TARJEM:R\$ 0,28 FER:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHG65665-T650
Para fiscalizar a autenticidade: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277296/18

Número do Sinistro: 3180349487

Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA

CPF: 118.621.694-89

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: JONAS DE CARVALHO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 05/09/2018
Nome: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041701600000043358329>
Número do documento: 21071214041701600000043358329

Num. 45627827 - Pág. 38



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASU	CPF da vítima	Nome completo da vítima:	
118.621.699-89		João de Coriolano Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	João de Coriolano Silva		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:
Autônomo	Rua João da Cega	118.621.699-89	206
Barro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Morador fixo	Santa Rita	PR	58000-000
E-mail:	Tel. (DDD) (83) 91241-5008		
Nelson.silva@ymail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$9.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 348	CONTA: 03443 9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider 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 recuperação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Fiz o motivo assinalado, solicito e prosseguiu a 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta concepção, 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.

Local e Data:	João Pessoa 13/10/2018
Nome:	José Joaquim de Coriolano Silva
CPF:	118.621.699-89

(* Assinatura de quem assina o RGDO

João de Coriolano Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	1º Nome: COMPREV
CPF:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 DEZ 2018	
2º Nome:	PROTÓCOLO
CPF:	AG. JOÃO PESSOA
Assinatura	

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS 001 V001/2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DE CARVALHO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

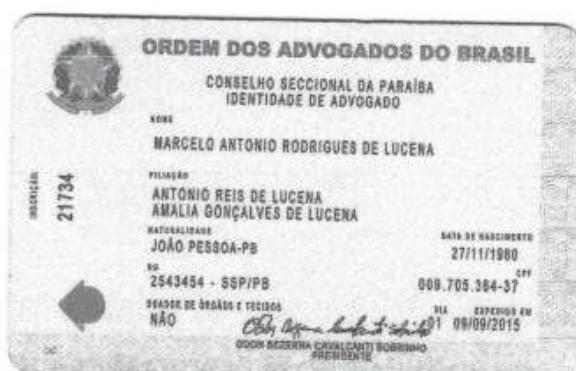
CONTA: 00000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041782100000043358330>
Número do documento: 21071214041782100000043358330

Num. 45627828 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041798700000043358332
Número do documento: 21071214041798700000043358332

Num. 45627830 - Pág. 1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009 705 364-132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cléverson Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 940 974-21

do sinistro de DPVAT cobertura Marcelo da Vítima Cléverson Wagner Pereira de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 940 974-21, 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>Rua Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 206/202</u>
Bairro:	<u>Bixuim</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marceloliveira.adm@gmail.com</u>			CEP:	<u>58033-410</u>

Local e Data:

João Pessoa - 20/07/2021

Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS DE NASCIMENTO 18/02/94

NOME DA MÃE MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.207.477

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 01/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + T 01.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda, conduzido pelos Bombeiros, apresentando ferimento na cabeça com perda da consciência após um ônibus ter derrubado um poste e com a queda de fios, atingiram o paciente que transitava à pé na localidade, queixando-se de dor na cabeça e braço E + ferimento corto-contuso em região occipital + edema e dor em braço E, abrasões em parede abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do tórax - AP

RX do braço E - AP e P

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

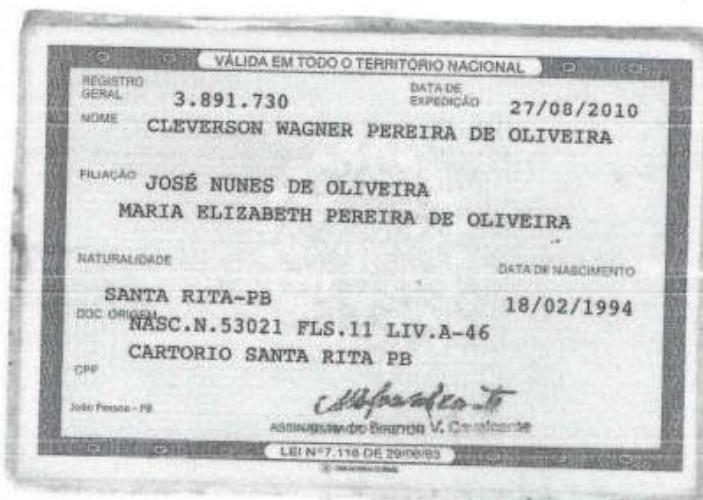
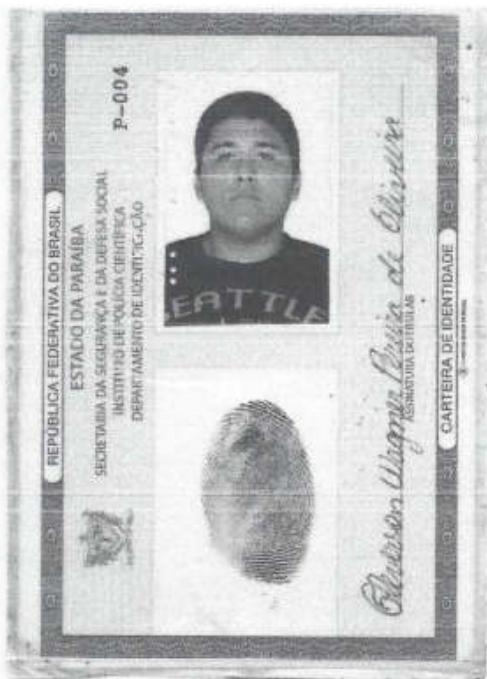
DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO MÉDICA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





01/12/2019

- TiMed



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho

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

Boletim de Atendimento: 1207477



Identificação do paciente				
ID 1462616	Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25 anos 9 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA				Pai JOSE NUNES DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 00	Celular 00000000			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3891730			Nº Cns 704101621665050
Local de procedência SANTA RITA				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade SANTA RITA			UF PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58301565	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO	
Número SN	Complemento			Bairro POPULAR
Admissão				
Data e Hora 01/12/2019 20:14:23	Número da pulseira 100007185860			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente OUTROS
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU				Quem transportou
Sinais Vitais				
PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	P脉		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [] Dados clínicos	Sangue [] Diagnóstico	Urina [] Liquor []	TC [] ECG []	Ultrasonografia []
<i>ultimo de exato de morte, exame de ameaça pelo que encontra-se o</i>				
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES				CID Tempo 49seg

Imprimir

8080/cvb/names/nomeEmMaiusculo

Num. 45627830 - Pág. 5

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041798700000043358332

Número do documento: 21071214041798700000043358332



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210143387 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE
FERIMENTOS MÚLTIPLOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**SEGUE
o trabalho**

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	2019-12-02 00:34:44.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/02/1994	25a 9m 14d	Masculino	(83) 986069425
Mãe			Prontuário:
MARIA ELIZABETH EREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	6700/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:34:55	

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO EM ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL, TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + (01/12/2019 20:33:37-GILVANIO CARNEIRO LEAL)

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFÍCIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFÍCIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA (01/12/2019 22:09:49-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES)

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: (02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUADES)

FAST NEGATIVO AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E ORTOPEIDA CD: ALTA COM OIRENTACOES DE RETORNO EM CASO DE PIORA ATB E AINES (02/12/2019 00:34:55-RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO)

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTS)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Dados coletados anteriormente **utilizar na impressão?**

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

Motivo de Alta

Data e Hora
02/12/2019 00:34:44
Observações:

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia
CRM-PB 6700



PROCURAÇÃO

Outorgante: *Cleverson Wagner Pereira de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *sócio*, profissão *zelador*, residente e domiciliado à Rua *João Francisco de Araújo*, nº *33*, bairro *Populor*, Município de *Bay. Lixa*, Estado de(o) *Paraíba*, Cep: *50300-000*, portador(a) do Rg nº *13.891.730*, SSP/..... e CPF nº *107.940.974-21*

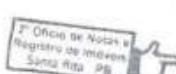
Outorgado: *Merivaldo Antônio Rodrigues de Souza*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Atividade*, residente e domiciliado(a) à Rua *João Oswaldo da Mota Paiva*, nº *860*, bairro *Buxmon*, Município de *João Pessoa*, Estado de(o) *Paraíba*, Cep: *58030-000*, portador (a) do RG nº *21.734*, SSP/ *QAO.PB* e CPF nº *009.705.364-37*

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Cleverson Wagner Pereira de Oliveira* ocorrido em *01/12/2019*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza *invalid*

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.

Santa Rita, *14*, de *Abri*, *2021*.



Cleverson Wagner Pereira de Oliveira
OUTORGANTE

CPF N° *107.940.974-21*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Sexo		Telefone de Contato
18/02/1994	Masculino	CNS	(83) 986069425
Mãe			Prontuário
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES	9456/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:06:50	

ANAMNESE

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PROPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Matheus Mozart
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 9456/PB
TEOT: 1209156
TEOT: 1209158

Enfermeiro

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(CRM: 9456/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/21

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVE

CPF: 107.940.974-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2021
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041798700000043358332>
Número do documento: 21071214041798700000043358332

Num. 45627830 - Pág. 10



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/02/1994	25a 9m 14d	CNS	(83) 986069425
Mãe	Masculino	704101621665050	Prontuário
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	5914/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		01/12/2019 22:09:49	

ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÉ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

Dr. Neuton Magalhães
CRM-PB 5914 / CRN-PE 15565
Assistente Social / P. em Bebê
Assistente Social / CRM-PB 20007
Assistente Social / CRM-PB 20007

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210143387

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida pelo Dr. MATHEUS MOZART, CRM nº 9456 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01361/01362 - carta_31 - INVALIDEZ



00030681

Carta nº 16842525



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041798700000043358332>
Número do documento: 21071214041798700000043358332

Num. 45627830 - Pág. 12



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 13d	Sexo Masculino	CNS 704101621665050
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			Telefone de Contato (83) 986069425
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	Prontuário UF
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	PB Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação 01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição 01/12/2019 20:33:37	2489/PB

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL. TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSIM)
(OBSERVAÇÕES: 30 GTS/MIN)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: F (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.

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

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

- Não há IML que atende 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 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 disconferir do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34 Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura da testemunha

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

FPS.001 V002/2019





Parecer Médico

Dados Pessoais		Dados Clínicos	
Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA		Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação	Permanência na Unidade 18min
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito
Parecer médico			
Especialidade ORTOPEDIA		Profissional	
Motivo da solicitação CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:54		
Parecer	Data de Resposta:		

ESTATE PLANNING

Silvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2499



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00174.01.2021.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00174.01.2021.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 15 de abril de 2021, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6^a Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz Carlos Monteiro Guedes, matrícula 755796, e lavrado por AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO, Agente Operacional de Polícia Civil, matrícula 1880934, ao final assinado, compareceu **Cleverson Wagner Pereira de Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria Elizabeth Pereira de Oliveira e Jose Nunes de Oliveira, nascido(a) em 18/02/1994 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. João Francisco de Araujo, Nº 33, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Ginásio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. João Francisco de Araujo, nº 33, Ginásio Renatão, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/04/21 09:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UBS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 Á 50 METROS DE DISTÂNCIA LHE CAUSANDO VÁRIAS LESÕES, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA, ONDE CHEGOU EM ESTADO GRAVÍSSIMO. QUE O DECLARANTE TEM POSSE DE LAUDO MÉDICO Nº 1.207.477, ONDE FOI SOLICITADO PELO DR. EWERTON NORONHA CRM 2516/PB VÁRIOS EXAMES. TENDO O DECLARANTE DUAS TESTEMUNHAS DO FATO OCORRIDO, SEJAM; MARCELO DOS RAMOS NASCIMENTO, RESIDENTE A RUA JOÃO FRANCISCO DE ARAUJO Nº10, E JOÃO JOSE DE SOUZA, RESIDENTE A RUA PARÁ Nº 333 NESTA CIDADE.

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.

Santa Rita/PB, 15 de abril de 2021.


AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO
Agente Operacional de Polícia Civil


CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00174.01.2021.1.05.006

1/1





Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação 18min
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA		
Motivo da solicitação FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA		
Parecer	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:13	
Data de Resposta:		





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

Não há IML que atende 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 permanente decorrente 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 disconferir do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º | Nome: CPF:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



 Banco Itaú S.A.		341-7	34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 8591000005000		Vencimento 15/04/2021
Local de pagamento Pagável em qualquer agência bancária		Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06		Agência/Código Beneficiário 0655/46480-8	
Data Doc. 15/06/2020	Número Doc.	Especie Doc.	Aceite N	Data Processamento 15/06/2020	Nosso Número 198/11711790-8
Uso do Banco	Carteira 198	Especie Moeda R\$	Quant. Moeda	(X) Valor	(+) Valor Documento 50,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO: Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário Após vencimento não cobrar juros Após vencimento não cobrar multa					
de 15/03/2021 até 14/04/2021					
Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com					
Pegador 1683 - CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA 107.940.974-21 Rua João Francisco de Araújo 33, 33 - Popular - Cidade: Santa Rita, CEP: 58301-565, UF: Estado da Paraíba Sacador/Avallista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA					
FICHA DE COMPENSAÇÃO — Autenticação Mecânica —					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041798700000043358332>
 Número do documento: 21071214041798700000043358332

Num. 45627830 - Pág. 19



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil SIA
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376,
Ed. Sede, Bairro: Vila Madalena
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 04571-020 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est: 10003849112
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 880 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 58033-410 -
JOAO PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0
Mês de referência: Abril/2021
Número do telefone: 8330245995/8330349675
Data de emissão: 03/04/2021
Número da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial
Estado de instalação: Paraíba

21/04/2021
461,78

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais:	
Internet + Serviços Digitais e Técnicos	
VIVO Fibra 300 Mega Empresas (238)	148,50
Outros Serviços	20,00
Serviços Solução TI	275,98
Teléfone + Serviços Digitais e Técnicos:	
Serviços Digitais	
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal (238)	8,22
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional (238)	6,67
Total	457,37
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Reservamento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multa)	4,45
Total	4,41
TOTAL GERAL A PAGAR	461,78

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg das faturas com vencimento em:			
Tipo de Ligação	Fevereiro	Marco	Abri
Minutos Locais Utilizados	11,00	41,30	85,30
Lig Nac Longa Distância	0	154	0
Lig Locais Celular (VC1)	29,00	32,30	58,48
Lig Nac LDN VC2/VC3	0	0	2,06

Vivo Valoriza
Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta
acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento
também está disponível em
www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado
impresso, de forma permanente ou não. Caso
ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de
Relacionamento no 103 15. Pessoas com
necessidades especiais de fala/audição: 142.

Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que
você cancelou, a data de vencimento dessa conta será
adiada enquanto durar a situação de pandemia/calamidade
pública em sua região. Fique de olho! Os e-mails que a
Vivo utiliza para enviar a Conta Digital são sempre
terminados em "@vivo.com.br". Tenha cuidado com outros
remetentes, pois eles podem apresentar riscos.

Ser transparente é uma das nossas prioridades, por isso informamos que não existem débitos pendentes no seu contrato dos serviços Vivo Empresas, no período de 01/2020 a 12/2020. Esse comunicado é exclusivo para este contrato, não inclui quitações de parcelamentos de contas, serviços prestados e não faturados, débitos discutidos judicial e administrativamente, de cobranças de serviços de outras operadoras que ocorreram na sua conta Vivo, entre outras que não estejam mencionadas na Lei 12.007/2009.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial ou total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Pela pagamento após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Pena STFCI artigo 32º de Resolução Anatel nº 426/2005; pena SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013; e para TV artigo 8º de Resolução 48/2007, Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mês para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(147) P.J. BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (238) PA130 Ilimitados Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Detalhe Aqui

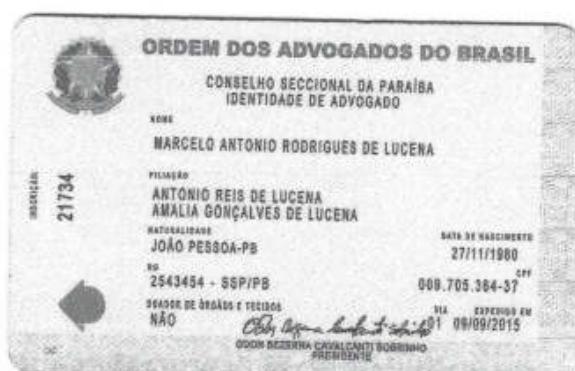
Autenticação Mecânica

Nome do Cliente MARCELO LUCENA ADVOGADOS			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastroamento de Débito Automático 899994084351-0	Número da Fatura 1260404267-0	Data de Vencimento 21/04/2021	Valor a Pagar (R\$) 461,78
84880000004 0 61780082089 7 99940843511 6 26040426799 9				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121404179870000043358332>
Número do documento: 2107121404179870000043358332

Num. 45627830 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041821400000043358333
Número do documento: 21071214041821400000043358333

Num. 45627831 - Pág. 1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009 705 364 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cléverson Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 940 974 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura Marcelo da Vítima Cléverson Wagner Pereira de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 107 940 974 / 21 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>Rua Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 206/202</u>
Bairro:	<u>Bixuim</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marceloliveira.adm@gmail.com</u>	CEP:	<u>58033-410</u>	Tel.(DDD):	<u>(031)986344569</u>

Local e Data:

João Pessoa - 20/07/2021

Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS DE NASCIMENTO 18/02/94

NOME DA MÃE MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.207.477

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 01/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + T 01.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda, conduzido pelos Bombeiros, apresentando ferimento na cabeça com perda da consciência após um ônibus ter derrubado um poste e com a queda de fios, atingiram o paciente que transitava à pé na localidade, queixando-se de dor na cabeça e braço E + ferimento corto-contuso em região occipital + edema e dor em braço E, abrasões em parede abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do tórax - AP

RX do braço E - AP e P

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

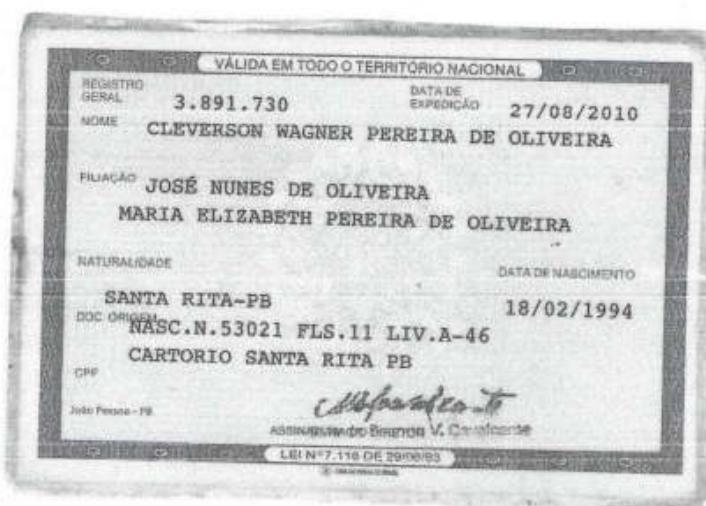
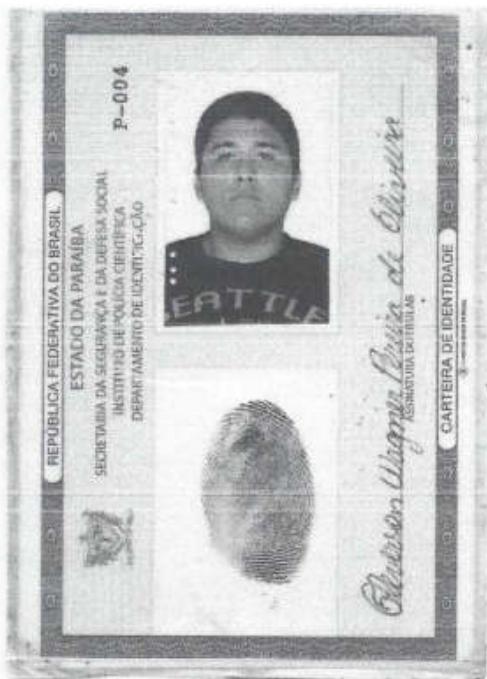
DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





01/12/2019

- TiMed



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho

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

Boletim de Atendimento: 1207477



Identificação do paciente				
ID 1462616	Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25 anos 9 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA				Pai JOSE NUNES DE OLIVEIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 00	Celular 00000000			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3891730			Nº Cns 704101621665050
Local de procedência SANTA RITA				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade SANTA RITA			UF PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58301565	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO	
Número SN	Complemento			Bairro POPULAR
Admissão				
Data e Hora 01/12/2019 20:14:23	Número da pulseira 100007185860			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente OUTROS
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU				Quem transportou
Sinais Vitais				
PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	P脉		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [] Dados clínicos	Sangue [] Diagnóstico	Urina [] Liquor []	TC [] ECG []	Ultrasonografia []
<i>ultimo de exato de morte, exame de ameaça pelo que encontra-se o</i>				
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES				CID Tempo 49seg

Imprimir

8080/cvb/names/nomeEmancipado.dbo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210143387 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE
FERIMENTOS MÚLTIPLOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**SEGUE
o trabalho**

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	2019-12-02 00:34:44.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/02/1994	25a 9m 14d	Masculino	(83) 986069425
Mãe			Prontuário:
MARIA ELIZABETH EREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	6700/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:34:55	

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO EM PAREDE ABDOMINAL, TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + (01/12/2019 20:33:37-GILVANIO CARNEIRO LEAL)

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA (01/12/2019 22:09:49-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES)

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOA + ALTA DA ORTOPEDIA (02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELOQUADES)

FAST NEGATIVO AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E ORTOPEDIA CD: ALTA COM OIRENTACOES DE RETORNO EM CASO DE PIORA ATB E AINES (02/12/2019 00:34:55-RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO)

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTS)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)
EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Dados coletados anteriormente **utilizar na impressão?**

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

Motivo de Alta

Data e Hora
02/12/2019 00:34:44
Observações:

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia
CRM-PB 6700

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Cleverson Wagner Pereira de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *sócio*, profissão *zelador*, residente e domiciliado à Rua *João Francisco de Araújo*, nº *33*, bairro *Populor*, Município de *Bay. Lixa*, Estado de(o) *Paraíba*, Cep: *50300-000*, portador(a) do Rg nº *13.891.730*, SSP/..... e CPF nº *107.940.974-21*

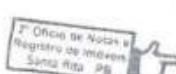
Outorgado: *Merivaldo Antônio Rodrigues de Souza*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Atividade*, residente e domiciliado(a) à Rua *João Oswaldo de Mendonça*, nº *860*, bairro *Buxmon*, Município de *João Pessoa*, Estado de(o) *Paraíba*, Cep: *58030-000*, portador (a) do RG nº *21.734*, SSP/ *QAO.PB* e CPF nº *009.705.364-37*

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Cleverson Wagner Pereira de Oliveira* ocorrido em *01/12/2019*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza *invalidy*

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.

Santa Rita, *14*, de *Abri*, *2021*.



Cleverson Wagner Pereira de Oliveira
OUTORGANTE

CPF N° *107.940.974-21*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Sexo		Telefone de Contato
18/02/1994	Masculino	CNS	(83) 986069425
Mãe			Prontuário
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES	9456/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:06:50	

ANAMNESE

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PROPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Matheus Mozart
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 9456/PB
TEOT: 1209156
TEOT: 1209148

Enfermeiro

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(CRM: 9456/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/21

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVE

CPF: 107.940.974-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2021
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041821400000043358333>
Número do documento: 21071214041821400000043358333

Num. 45627831 - Pág. 10



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/02/1994	25a 9m 14d	CNS	(83) 986069425
Mãe	Masculino	704101621665050	Prontuário
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	5914/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		01/12/2019 22:09:49	

ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÉ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

Dr. Neuton Magalhães
CRM-PB 5914 / CRN-PE 15565
Assistente Social / P.A. em Bem-estar Social / CRAS-PE 2007
2022-2023

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210143387

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida pelo Dr. MATHEUS MOZART, CRM nº 9456 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0136/01362 - carta_31 - INVALIDEZ



00030681

Carta nº 16842525



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041821400000043358333>
Número do documento: 21071214041821400000043358333

Num. 45627831 - Pág. 12



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 13d	Sexo Masculino	CNS 704101621665050
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			Telefone de Contato (83) 986069425
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	Prontuário UF
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	PB Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação 01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição 01/12/2019 20:33:37	2489/PB

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL. TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSIM)
(OBSERVAÇÕES: 30 GTS/MIN)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: F (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.

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

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

Não há IML que atende 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 permanente decorrente 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 disconferir do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

Elverson Weyner Perena de Oliveira 05.04.2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha
40 - Assinatura do Procurador (se houver)



Parecer Médico

Nome	Parecer Médico				
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade	25A 9M 13D	Prontuário		
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade		
1207477	01/12/2019 20:14:23		18min		
Convênio	Leito				
SUS	Clínica	Permanência no Leito			
CIRURGIA GERAL					
Parecer médico					
Especialidade	Profissional				
ORTOPEDIA					
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:54				
CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO					
Parecer	Data de Resposta:				

FREIGHT RATES 11

Silvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2499



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00174.01.2021.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00174.01.2021.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 15 de abril de 2021, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6^a Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz Carlos Monteiro Guedes, matrícula 755796, e lavrado por AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO, Agente Operacional de Polícia Civil, matrícula 1880934, ao final assinado, compareceu **Cleverson Wagner Pereira de Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria Elizabeth Pereira de Oliveira e Jose Nunes de Oliveira, nascido(a) em 18/02/1994 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. João Francisco de Araujo, Nº 33, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Ginásio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. João Francisco de Araujo, nº 33, Ginásio Renatão, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/04/21 09:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UBS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 Á 50 METROS DE DISTÂNCIA LHE CAUSANDO VÁRIAS LESÕES, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA, ONDE CHEGOU EM ESTADO GRAVÍSSIMO. QUE O DECLARANTE TEM POSSE DE LAUDO MÉDICO Nº 1.207.477, ONDE FOI SOLICITADO PELO DR. EWERTON NORONHA CRM 2516/PB VÁRIOS EXAMES. TENDO O DECLARANTE DUAS TESTEMUNHAS DO FATO OCORRIDO, SEJAM; MARCELO DOS RAMOS NASCIMENTO, RESIDENTE A RUA JOÃO FRANCISCO DE ARAUJO Nº10, E JOÃO JOSE DE SOUZA, RESIDENTE A RUA PARÁ Nº 333 NESTA CIDADE.

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.

Santa Rita/PB, 15 de abril de 2021.


AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO
Agente Operacional de Polícia Civil


CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00174.01.2021.1.05.006

1/1





Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA	Profissional	
Motivo da solicitação FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:13	
Parecer	Data de Resposta:	





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

Não há IML que atende 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 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 disconferir do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º | Nome: CPF:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



 Banco Itaú S.A.		341-7	34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 8591000005000		Vencimento 15/04/2021
Local de pagamento Pagável em qualquer agência bancária		Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06		Agência/Código Beneficiário 0655/46480-8	
Data Doc. 15/06/2020	Número Doc.	Especie Doc.	Aceite N	Data Processamento 15/06/2020	Nosso Número 198/11711790-8
Uso do Banco	Carteira 198	Especie Moeda R\$	Quant. Moeda	(X) Valor	(+) Valor Documento 50,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO: Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário Após vencimento não cobrar juros Após vencimento não cobrar multa					
de 15/03/2021 até 14/04/2021					
Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com					
Pegador 1683 - CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA 107.940.974-21 Rua João Francisco de Araújo 33, 33 - Popular - Cidade: Santa Rita, CEP: 58301-565, UF: Estado da Paraíba Sacador/Avallista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA					
FICHA DE COMPENSAÇÃO — Autenticação Mecânica —					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041821400000043358333>
 Número do documento: 21071214041821400000043358333

Num. 45627831 - Pág. 19



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil SIA
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376,
Ed. Sede, Bairro: Vila Madalena
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 04571-020 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est: 10003849113
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 880 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 58033-410 -
JOAO PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0
Mês de referência: Abril/2021
Número do telefone: 8330245995/8330349675
Data de emissão: 03/04/2021
Número da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial
Estado de instalação: Paraíba

21/04/2021
461,78

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais:	
Internet + Serviços Digitais e Técnicos	
VIVO Fibra 300 Mega Empresas (268)	148,50
Outros Serviços	20,00
Serviços Solução TI	275,98
Teléfone + Serviços Digitais e Técnicos:	
Serviços Digitais	
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal (268)	8,22
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional (268)	6,67
Total	457,37
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Reservamento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multa)	4,45
Total	4,41
TOTAL GERAL A PAGAR	461,78

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg das faturas com vencimento em:			
Tipo de Ligação	Fevereiro	Marco	Abri
Minutos Locais Utilizados	11,00	41,30	85,30
Lig Nac Longa Distância	0	154	0
Lig Locais Celular (VC1)	29,00	32,30	58,48
Lig Nac LDN VC2/VC3	0	0	2,06

Vivo Valoriza
Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta
acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento
também está disponível em
www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado
impresso, de forma permanente ou não. Caso
ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de
Relacionamento no 103 15. Pessoas com
necessidades especiais de fala/audição: 142.

Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que
você cancelou, a data de vencimento dessa conta será
adiada enquanto durar a situação de pandemia/calamidade
pública em sua região. Fique de olho! Os e-mails que a
Vivo utiliza para enviar a Conta Digital são sempre
terminados em "@vivo.com.br". Tenha cuidado com outros
remetentes, pois eles podem apresentar riscos.

Ser transparente é uma das nossas prioridades, por isso informamos que não existem débitos pendentes no seu contrato dos serviços Vivo Empresas, no período de 01/2020 a 12/2020. Esse comunicado é exclusivo para este contrato, não inclui quitações de parcelamentos de contas, serviços prestados e não faturados, débitos discutidos judicial e administrativamente, de cobranças de serviços de outras operadoras que ocorreram na sua conta Vivo, entre outras que não estejam mencionadas na Lei 12.007/2009.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial ou total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Pela pagamento após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFCI artigo 32º de Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013; e para TV artigo 8º de Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mês para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(147) P.J. BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (268) PA150 Ilimitados Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Detalhe Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente MARCELO LUCENA ADVOGADOS			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastroamento de Débito Automático 899994084351-0	Número da Fatura 1260404267-0	Data de Vencimento 21/04/2021	Valor a Pagar (R\$) 461,78
84880000004 0 61780082089 7 99940843511 6 26040426799 9				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:04:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214041821400000043358333>
Número do documento: 21071214041821400000043358333

Num. 45627831 - Pág. 20