



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
45925 377	19/07/2021 12:28	<a href="#">Petição</a>	Petição
45925 380	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_06</a>	Outros Documentos
45925 381	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_05</a>	Outros Documentos
45925 383	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_04</a>	Outros Documentos
45925 385	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</a>	Outros Documentos
45925 387	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos
45925 388	19/07/2021 12:28	<a href="#">2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_06</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280844900000043637854>  
Número do documento: 21071912280844900000043637854

Num. 45925377 - Pág. 1

# 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

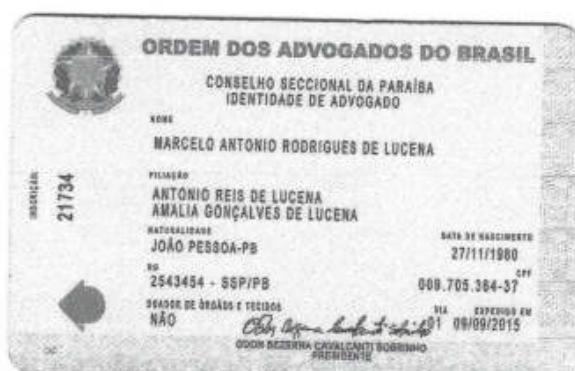
---

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280937800000043637857>  
Número do documento: 21071912280937800000043637857

Num. 45925380 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:10  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858  
Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - 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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Marcelo da Vítima Cleversson 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:	Rua: <u>Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 206/202</u>
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>José Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marceloliveira.adm@gmail.com</u>		CEP:	<u>58033-410</u>	

Local e Data:

José Pessoa - 20/07/2021

Assinatura do Declarante

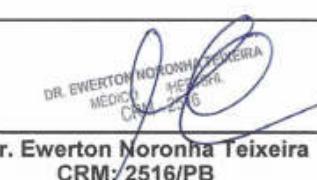
DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858>

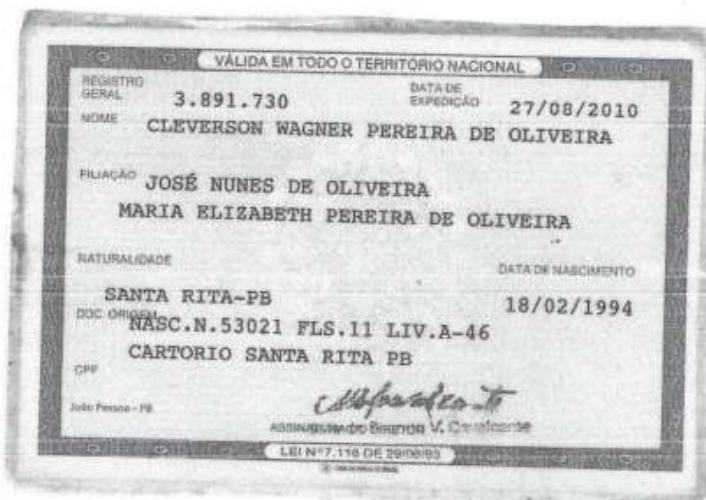
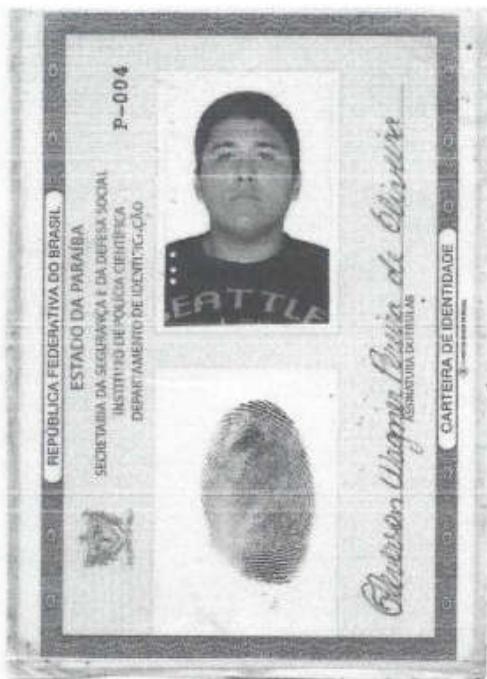
Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - Pág. 2

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	
<b>DADOS DE NASCIMENTO</b>	18/02/94	
<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA	
<b>DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO</b>		
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1.207.477	
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>		
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	01/12/19	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	20:14	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ATROPELAMENTO	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	
<b>CID 10</b>	S 00.9 + T 01.9 + T 07	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
<p>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.</p>		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
TC do crânio RX do tórax - AP RX do braço E - AP e P USG do abdome total - FAST		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	02/12/19	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	06/02/20	
 <b>Dr. Ewerthon Noronha Teixeira</b> 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858>  
Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - Pág. 4

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 <b>100007185860</b>			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
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 [] Assinatura de Fornecimento de Evidências	TC [] Bruno Fernandes de Menezes	Liquor [] Atendido por
		ECG [] BRUNO FERNANDES DE MENEZES	Ultrasonografia [] CID	
				Tempo 49seg
<input type="button" value="Imprimir"/>				

8080/cvb/names/hotelEmMossoro.dar



## 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



**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	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 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 20:30:37-GILVANDO 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 MAGALHÃES)

#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 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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (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 *José Francisco de Araújo*, nº *33*, bairro *Populor*, Município de *Bay. Lixa*, Estado de(o) *Pearlba*, Cep: *50300-000*, portador(a) do RG nº *13.891.730*, SSP/..... e CPF nº *107.940.974-21*

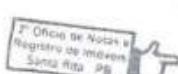
Outorgado: *Merivaldo Antônio Rodrigues de Souza*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Atividade*, residente e domiciliado(a) à Rua *José Osvaldo da Mota Paixão*, nº *860*, bairro *Buxmon*, Município de *José Pessoa*, Estado de(o) *Pearlba*, Cep: *58000-000*, portador (a) do RG nº *21.734*, SSP/ *QAB.PB* 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 *Invalidez*.

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*, de *2021*.



*Cleverson Wagner Pereira de Oliveira*  
OUTORGANTE

CPF N° *107.940.974-21*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º Ofício de Notas - REGISTRO DE IMÓVEIS SANTA RITA - PB	NOTARIAL TABELEÍNATÁCIA MATERIAIS DE LIXA FRANCIS TABELEÍNATÁCIA MATERIAIS DE LIXA FRANCIS TABELEÍNATÁCIA MATERIAIS DE LIXA FRANCIS	REGISTRO DE IMÓVEIS TABELEÍNATÁCIA MATERIAIS DE LIXA FRANCIS TABELEÍNATÁCIA MATERIAIS DE LIXA FRANCIS
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2021-001417		
Reconheço por autenticidade a firma de: <b>CLEVENSOR WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA</b> ***** Assinante: <i>Alexandro Rolim Dantas</i>		
Data: 16, no testemunha da verdade, Santa Rita - PB, 14/04/2021 14:44:01 ENOL: R\$18,47 FEPJ/R\$2,89 FRRPEN/R\$0,31 ISS/R\$0,52 SELO DIGITAL: AL183749-GPNM Confira a autenticidade no <a href="https://tabelionatario.tjpb.jus.br">https://tabelionatario.tjpb.jus.br</a>		

*Alexandro Rolim Dantas - Escrevente*



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 <b>CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1207477</b>	Data/Hora Entrada <b>01/12/2019 20:14:23</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/02/1994</b>	Idade <b>25a 9m 14d</b>	Sexo <b>CNS</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986069425</b>
Mãe <b>MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA</b>	Masculino	<b>704101621665050</b>	Prontuário
Endereço <b>JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b>	Nº Cons. Regional <b>9456/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/12/2019 20:14:23</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/12/2019 00:06:50</b>	

### 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-PB: 9456  
TEOT: 100918

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](http://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 - 19/07/2021 12:28:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858>  
Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - Pág. 10



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	18/02/1994	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Idade	25a 9m 14d	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 986069425
Mãe	MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA	Masculino	704101621665050	Prontuário
Endereço	JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro	SANTANA RITA	UF PB
Acidente	OUTROS	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional 5914/PB
Data/Hora Classificação	01/12/2019 20:14:23	ATROPELAMENTO	FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	
			Data/Hora Prescrição	
			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 15569  
Assistente Social / P.A. em BE  
Data de emissão: 01/12/2019  
Data de validade: 27/11/2020

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](http://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:

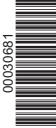
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida 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



Carta nº 16842525



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858>  
Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - 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	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	1207477	01/12/2019 20:14:23	
18/02/1994	25a 9m 13d	Sexo	CNS	
Mãe		Masculino	704101621665050	
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA				
Endereço	JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro	Município	UF
Acidente		POPULAR	SANTA RITA	PB
OUTROS	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação	ATROPELAMENTO		GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
01/12/2019 20:14:23			Data/Hora Prescrição	
			01/12/2019 20:33:37	

### **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 (MGTS/MI)  
(OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)

DIPIRONA 500.MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS/MI) (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):  17 - Tel.(DDD):  18 - 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="text"/> 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 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 teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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  (Assinatura digital da vítima ou beneficiário) 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,  41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

FPS.001 V002/2019



Parecer Médico

<b>Nome</b> CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	<b>Idade</b> 25A 9M 13D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1207477	<b>Data de Entrada</b> 01/12/2019 20:14:23	<b>Data Internação</b>
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	<b>Data da Solicitação:</b> 01/12/2019 20:32:54	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	

*Silvando Carneiro Leal  
Cirurgia Geral - CRM 2489*



**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<sup>a</sup> 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 UMS 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

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





## 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 - Tel.(DDD):  18 - 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós Vivos?  Sim  Não

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

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

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

36 - (\*) 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,  05.04.2021  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

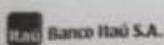
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





341-7

34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000

Local de pagamento

Pagável em qualquer agência bancária

Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 | Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06

Vencimento

15/04/2021

Agência/Código Beneficiário

0655/46480-8

Nosso Número

198/11711790-8

(+) Valor Documento

50,00

(-) Desconto/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(+/-) Outros Acréscimos

(x) Valor cobrado

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/Avaliador: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA

FICHA DE COMPENSAÇÃO  
— Autenticação Mecânica —

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912280983600000043637858>

Número do documento: 21071912280983600000043637858

Num. 45925381 - Pág. 19



### Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil SIA  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berini, 1376,  
Ed. Vila Brasil, 1º andar  
Cidade Monções  
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 da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial  
Número do telefone: 8330245995/8330349675  
Data de emissão: 03/04/2021  
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
Serviços	
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	<b>457,37</b>
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	<b>0,00</b>
Serviços Eventuais	
Reservamento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multa)	4,45
Total	<b>4,41</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>461,78</b>

### 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](http://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/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O reservatório por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFCI artigo 32º de Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 4º 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](http://www.anatel.gov.br). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em máos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

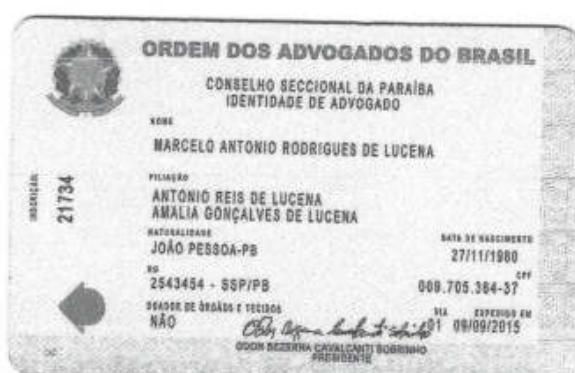
(147) P.J BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (268) PA150 Ilimitados Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Dentisque Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente <b>MARCELO LUCENA ADVOGADOS</b>			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\$) <b>461,78</b>
84880000004 0 61780082089 7 99940843511 6 26040426799 9				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - 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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Marcelo da Vítima Cleversson 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.

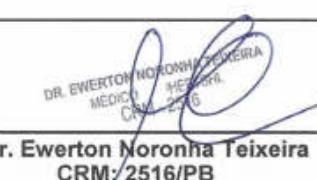
Endereço:	Rua: <u>Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Salão 206/202</u>
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>José Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marceloliveira.adm@gmail.com</u>		CEP:	<u>58033-410</u>	

Local e Data:

José Pessoa - 20/07/2021

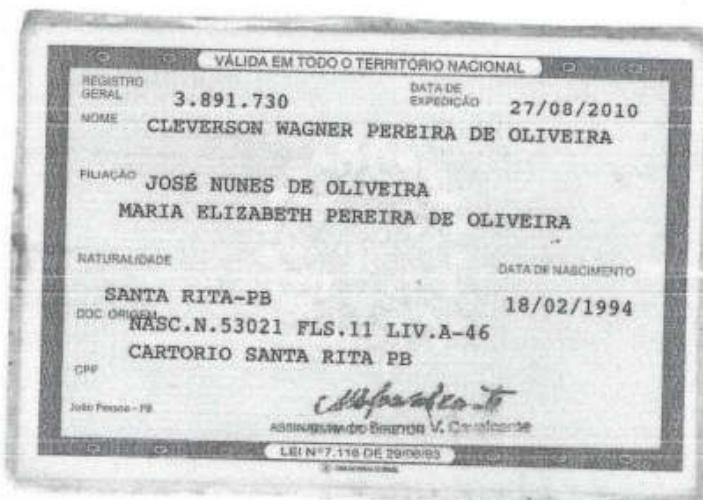
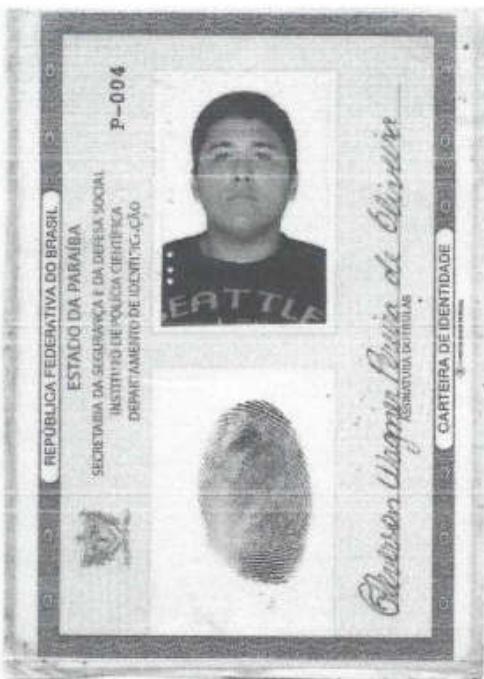
Assinatura do Declarante



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	
<b>DADOS DE NASCIMENTO</b>	18/02/94	
<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA	
<b>DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO</b>		
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1.207.477	
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>		
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	01/12/19	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	20:14	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ATROPELAMENTO	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	
<b>CID 10</b>	S 00.9 + T 01.9 + T 07	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
<p>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.</p>		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
TC do crânio RX do tórax - AP RX do braço E - AP e P USG do abdome total - FAST		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	02/12/19	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	06/02/20	
 <b>Dr. Ewerthon Noronha Teixeira</b> 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - Pág. 4

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

8080/cvb/names/html/Emancipado\_detalhe.jsp



## 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - Pág. 6



**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



**SEGUO  
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			
01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição	
		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 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 20:30:37-GILVANDO 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 MAGALHÃES)

#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 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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (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 solteiro(a), profissão Zelador, residente e domiciliado à Rua José Francisco de Paiva, nº 33, bairro Popular, Município de Bayeux, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.300-000, portador(a) do Rg nº 3.891.730, SSP/... e CPF nº 107.940.974-86

Outorgado: Mercato, Antônio Rodrigues de Souza, brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão Stageado, residente e domiciliado(a) à  
Rua Prof. Oswaldo de Mendonça Pinto nº 360 bairro Buximor.  
Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58000-000  
portador (a) do RG nº 21.334 SSP/ DAS-PB CPF nº. 009 705 384-37

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) Elverson Weyner Pereira de Oliveira ocorrido em 01/12/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza Inatidz

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.

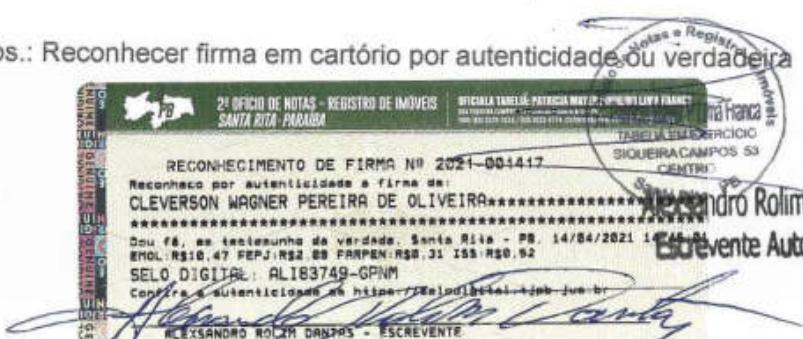
Santa Rita, 14, de Abril de 2021.

*Cleveson Wagner Pereira de Oliveira*  
**OUTORGANTE**

CPF N° 107.940.974-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

 <p><b>2º ÓFICIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS</b> <b>SANTA RITA - PARAÍBA</b></p>	<p><b>OFICIAL TABULEIRO PATRÍCIA MARIA FERREIRA LIMA FRANCA</b> TABELIÃO DA FONTE TURMA 1º TÍTULO TURMA 1º TÍTULO TURMA 1º TÍTULO</p>	<p><b>ma Franca</b> <b>TABELIÃO DO DISTRÍCIO</b> <b>SIQUEIRRA CAMPOS 53</b> <b>CENTRO</b></p>
<p><b>RECONHECIMENTO DE FIRMA N° 2021-001417</b></p>		
<p>Reconheço por autenticidade a firma da:</p>		
<p><b>CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA*****</b></p>		
<p>***** Sou fá, es, declaro emba da verdade. Santa Rita - PB, 14/04/2021 14:45:01 EMOL. R\$ 47 FEPJF R\$ 00 FAPREN R\$ 01 ISS R\$ 0,52</p>		
<p><b>SELO DIGITAL: AL183749-GPNM</b></p>		
<p>Confira a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a></p>		
<p><b>ALEXANDRO ROLIM DANZAS - ESCREVENTE</b></p>		





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 <b>CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA</b>	BAE <b>1207477</b>	Data/Hora Entrada <b>01/12/2019 20:14:23</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/02/1994</b>	Idade <b>25a 9m 14d</b>	Sexo <b>CNS</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986069425</b>
Mãe <b>MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA</b>	Masculino	<b>704101621665050</b>	Prontuário
Endereço <b>JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES</b>	Nº Cons. Regional <b>9456/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>01/12/2019 20:14:23</b>		Data/Hora Prescrição <b>02/12/2019 00:06:50</b>	

### 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-PB: 9456  
TEOT: 100918

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](http://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 - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - 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 <b>CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA</b>	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 14d	Sexo CNS	Telefone de Contato (83) 986069425
Mãe <b>MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA</b>	Masculino 704101621665050		Prontuário
Endereço <b>JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN</b>	Bairro POPULAR	Município <b>SANTA RITA</b>	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES</b>	Nº Cons. Regional 5914/PB
Data/Hora Classificação 01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição 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 Beb.  
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](http://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:

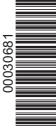
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.  
A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida 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 - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - 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	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	1207477	01/12/2019 20:14:23	
18/02/1994	25a 9m 13d	Sexo	CNS	
Mãe		Masculino	704101621665050	
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA				
Endereço	JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro	Município	UF
Acidente		POPULAR	SANTA RITA	PB
OUTROS	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação	ATROPELAMENTO		GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
01/12/2019 20:14:23			Data/Hora Prescrição	
			01/12/2019 20:33:37	

### **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 (MGTS/MI)  
(OBSERVAÇÕES: 30 GTS/MIN)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS/MI) (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):  17 - Tel.(DDD):  18 - 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós Vivos?  Sim  Não

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

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

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

36 - (\*) 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,  05.04.2021  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Parecer Médico

<b>Nome</b> CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	<b>Idade</b> 25A 9M 13D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1207477	<b>Data de Entrada</b> 01/12/2019 20:14:23	<b>Data Internação</b> 18min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clínica</b> CIRURGIA GERAL
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	<b>Data da Solicitação:</b> 01/12/2019 20:32:54	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	

*Silvando Carneiro Leal  
Cirurgia Geral - CRM 2489*

Parecer Médico

Assunto:

DATA:

RESPOSTA:



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
6<sup>a</sup> Delegacia Distrital de Santa Rita



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**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<sup>a</sup> 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 UMS 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*  
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00174.01.2021.1.05.006

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - Pág. 16



Parecer Médico

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





## 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 - Tel.(DDD):  18 - 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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 teve filhos?  Sim  Não 29 - Só tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós Vivos?  Sim  Não

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

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

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

36 - (\*) 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,

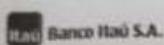
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





341-7

34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000

Local de pagamento

Pagável em qualquer agência bancária

Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 | Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06

Vencimento

15/04/2021

Agência/Código Beneficiário

0655/46480-8

Nosso Número

198/11711790-8

(+) Valor Documento

50,00

(-) Desconto/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(+/-) Outros Acréscimos

(-) Valor cobrado

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/Avaliador: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA

FICHA DE COMPENSAÇÃO  
— Autenticação Mecânica —

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>

Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - Pág. 19



### Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil SIA  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berini, 1376,  
Ed. Vila Brasil, 1º andar  
Cidade Monções  
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 da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial  
Número do telefone: 8330245995/8330349675  
Data de emissão: 03/04/2021  
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
Serviços	
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	<b>457,37</b>
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	<b>0,00</b>
Serviços Eventuais	
Reservamento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multa)	4,45
Total	<b>4,41</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>461,78</b>

### 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](http://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/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O reservatório por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFCI artigo 32º de Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 4º 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](http://www.anatel.gov.br). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em máos 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

Dentisque Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente <b>MARCELO LUCENA ADVOGADOS</b>			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\$) <b>461,78</b>
84880000004 0 61780082089 7 99940843511 6 26040426799 9				






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281154900000043637860>  
Número do documento: 21071912281154900000043637860

Num. 45925383 - Pág. 20

# 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 - 19/07/2021 12:28:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281415800000043637862>  
Número do documento: 21071912281415800000043637862

Num. 45925385 - Pág. 1

# 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 - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





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



Pag. 01055/01056 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 3

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

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](http://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**





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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 005817/00582 - carta\_25 - INVALIDEZ



00020291



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 5



## 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	Nome completo da vítima
	118621.694-89	Jonas de Carvalho Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Jonas de Carvalho Silva	118621.694-89	Autônomo	
Endereço	Número	Complemento	
Rua João da Cunha	206		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Mangos Maria	Santa Rita	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)		
holly.dpvat@gmail.com	(089) 9100-0607		

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
3348		03993	9
(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 efetuado 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			
<b>Na Rodovia</b>				
MUNICÍPIO/UF: BAYEUX/PB				
BR: 230	KM: 34.0	SENIDO: 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 CRESCENTE



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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 7



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



PROTOCOLO:  
18007133B01

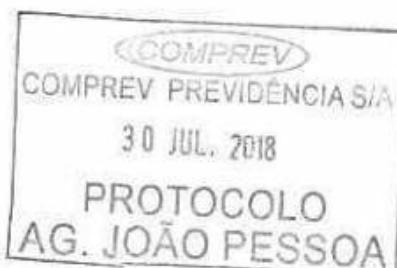
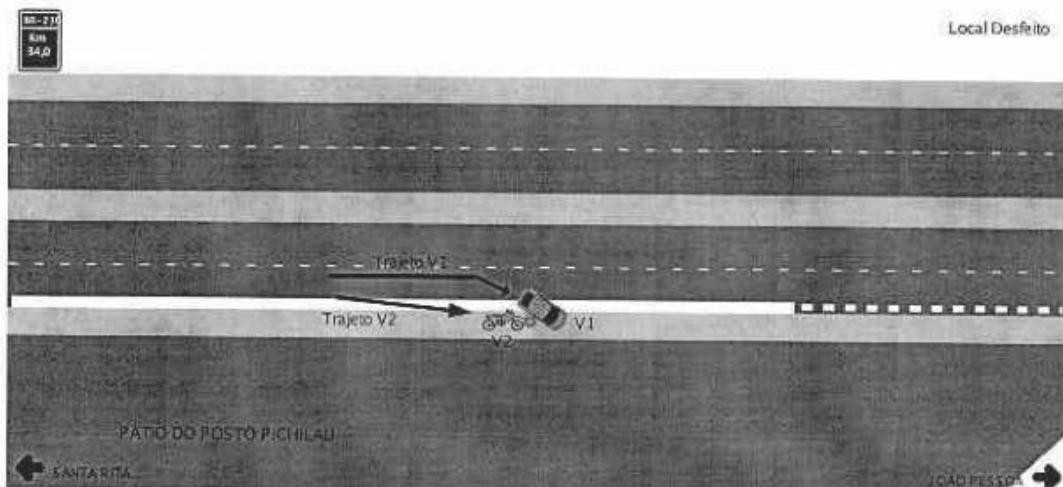
STATUS:  
Encerrado

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 8



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

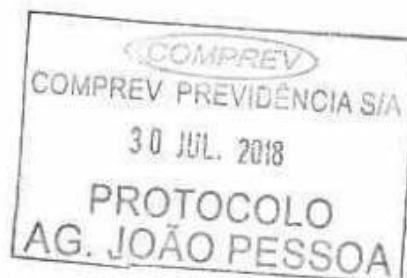


**PROTOCOLO:**  
18007133B01

**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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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:

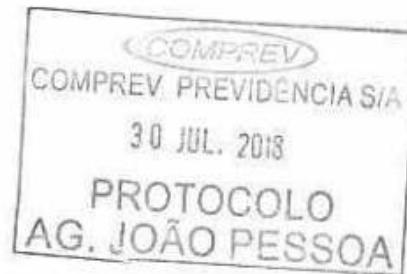
MUNICÍPIO/UF:  
PARNAMIRIM/RN

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 4 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo 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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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: <b>ALVARO JOSE ALVES</b>	CPF: <b>702.049.504-49</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>26/02/1970</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: <b>Masculino</b>
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: <b>MARIA JOSE ALVES</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>RUA GILBERTO NORBERTO</b>	NÚMERO: <b>30</b>	
COMPLEMENTO: <b>CASA</b>	BAIRRO: <b>CAJUPIRANGA</b>	
MUNICÍPIO/UF: <b>PARNAMIRIM/RN</b>		
TELEFONE: <b>84 99977 7069</b>	EMAIL:	

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: <b>Habilitação Nacional</b>	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: <b>B</b>
MOTORISTA PROFISSIONAL: <b>Não</b>	Nº DO REGISTRO: <b>01211659242</b>	UF: <b>RN</b>

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: <b>02/10/1995</b>	VALIDADE DA CNH: <b>15/04/2020</b>
--	---------------------------------------

OBSERVAÇÕES DA CNH:  
**A**

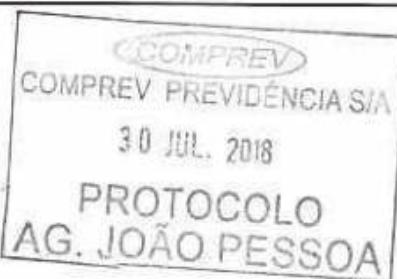
**Circunstâncias**

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

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>
--	---

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 de 11

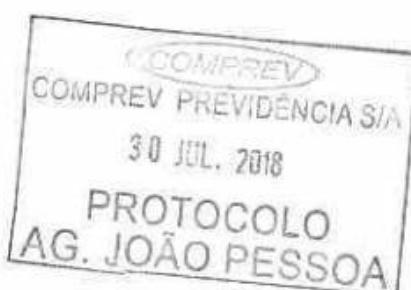


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 12

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

<b>PESSOAS</b>		
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS</b>	ENVOLVIMENTO: <b>Condutor</b>	
Nome: <b>JONAS DE CARVALHO SILVA</b>	CPF: <b>118.621.694-89</b>	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
ESTADO CIVIL: <b>Solteiro(a)</b>	NOME DA MÃE: <b>NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>JOAO DA EGA</b>	NUMERO: <b>206</b>	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: <b>MARCOS MOURA</b>	
MUNICÍPIO/UF: <b>SANTA RITA/PB</b>		
TELEFONE: <b>83 98720 4017</b>	EMAIL:	
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO: <b>Lesões Leves</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>	
USAVA CAPACETE: <b>Sim</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: <b>Sim</b>	RESULTADO DO TESTE: <b>0.0 mg/L</b>	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: <b>Não</b>
DESCRÍÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: <b>Condutor não habilitado, lavrado o auto de infração nº T137465707. Realizado o teste de etilômetro de nº 3600 (aparelho 80622).</b>		



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: <a href="http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar">www.prf.gov.br/novobat/autenticar</a>		

Página 7 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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:	NUMERO DO BAT:
V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT	18007133B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:	DATA/HORA:
JOAO NETO/1970075	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):	COMPREV	DIMENSÃO DA MONTA:
1	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	Pequena

30 JUL. 2018

PROTOCOLO  
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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 14



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



PROTÓCOLO:  
18007133B01

STATUS:  
Encerrado

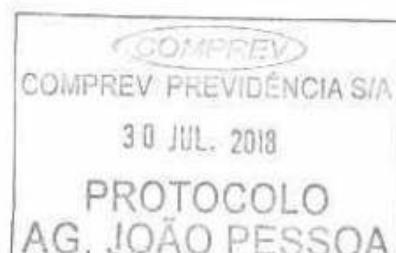
IMAGEM DA FRENTE (V1)

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 9 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - 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:

VZ / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS

NÚMERO 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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 10 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>

Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 16



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



PROTÓCOLO:  
18007133B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

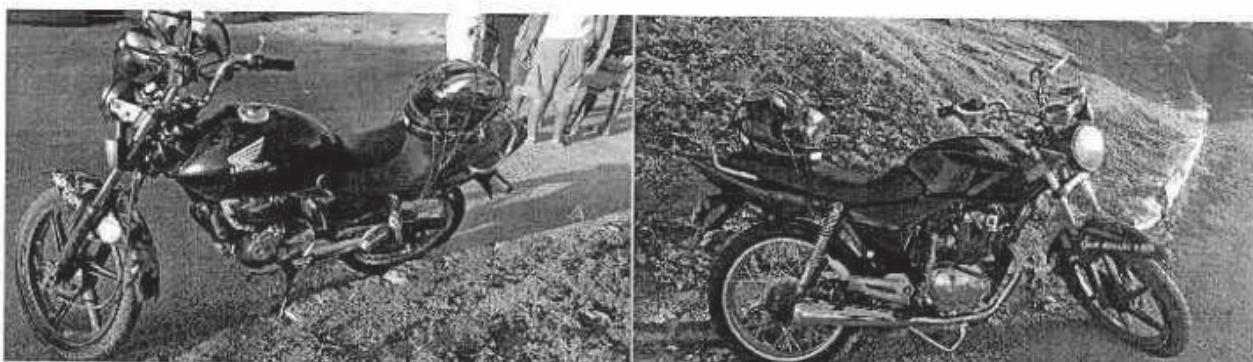


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1976075

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEFDD6B7C176D8086F4886F

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 17



## 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
Jones de Carvalho Silva	118.621.694-89	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

Jones de Carvalho, 25 de Julho  
Local e Data

Jones 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 <i>Jeanas de Carvalho Silva</i>	CPF da Vítima <i>138.621.694-89</i>	Data do Acidente <i>30/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Jeanas de Carvalho Silva</i>	CPF do Representante legal <i>138.621.694-89</i>
Email <i>[redigido]</i>	Telefone (DDD) <i>[redigido]</i>

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 Líder 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.

*Jeanas de Carvalho Silva*, 25 de Setembro de 2018  
Local e Data

*Jeanas de Carvalho Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



# Ato Declaratório

A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regul.

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 30/01/2018

ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:50:40

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

Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAI

X:( ) - 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

End: 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

Epa: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Esposa: DESEMPEGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

ARMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residencia: RUA

Porte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violencia por: BAYEUX POSTO PICHILAU

Caso Policial

## PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Abd:

[ ] Regular [ ] Chocado

QDT: COMPREV PREVIDENCIA S/A

[ ] Vomito

30 JUL. 2018

Observacao

## PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vit. Início de gesto de mordida hor 23h. Relato inf de copacabana fundo da boca dente em rãmios. Relato de mordida em galera na orelha. Infundimento fundo da boca. Infundimento fundo da boca.

postico

Conduta

RJ

Prescrição

Horario da medicacao

SPT 30cc v2 (M)

Em falta (AF)

SF 0,9% 500 ml (M)

Em falta (AF)

Dipirona 01 compr 400mg (M)

Medic. M. Testarlei (M)



á e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

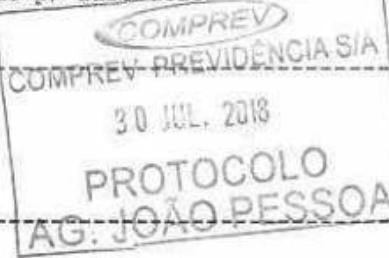
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

| Reservado p/ liberacao



ESTINO DO PACIENTE

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

*Néide 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 - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 22

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via 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 - Cidade Industrial - 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

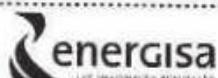
VENCIMENTO

04/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,11

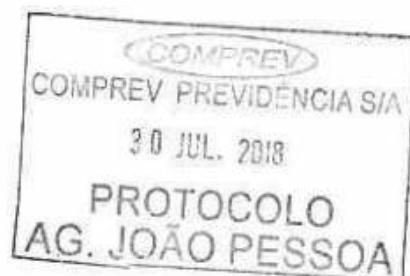
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



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 - 19/07/2021 12:28:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>

Número do documento: 21071912281500300000043637864

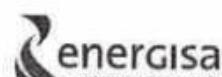
Num. 45925387 - Pág. 23

# 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 - Nº 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

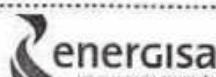
26/06/2018

150

03/07/2018

R\$ 144,47

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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

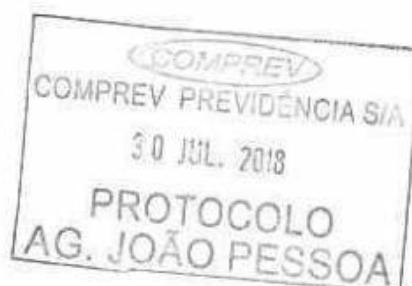
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

03/07/2018

R\$ 144,47

1082314-2018-06-1



QR

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>

Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 24

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fávia da do Nascimento,  
RG nº 4.206.238, data de expedição 11/11/13,  
Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 502.579.698-06, 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: Jonatas de Contilhois Silva cujo o condutor era  
Jonatas de Contilhois 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

 Fávia 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.

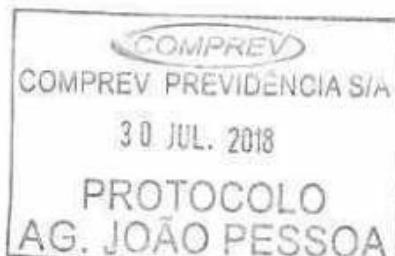
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/02/2018 com alta médica dia 22/02/2018.

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  
CEP-584 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  
Clinica: CIRURGICA

EX: ( ) - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA  
NIS: 700507190944958 Sexo: M IDENTIDADE: 4021767 Fone: 987901653  
Endereço: 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  
Epa: PARDIA Etnia: SEM INFORMACAO  
Profissão: DESEMPREGADO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
FARMACOES DE ENTRADA  
Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA  
Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767  
Residencia: RUA

Traço de porte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: QUEDA MOTO-COND.-SO-16H00  
Vitima de violência por: BAYEUX POSTO PICHILAU  
Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TM:

TP:

Aparentemente Bem  Grave

Altura:

Altura:

Politraumatizado  Convulsao

TM:

IMC:

Hemorragia  Dispneia

Abd:

OSS:

Diarreia  Agitado

Q. da Principal:

30 JUL. 2018

Regular  Chocado

QUEDA DE MOTO

PROTÓCOLO

Vomito

AG. JOÃO PESSOA

Observacao

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de queda de moto no dia 30. Relato que de repente, não pode mais se locomover em razão de um impacto na coluna vertebral, quando se deslocava de casa para o trabalho.

Exame Fisico:

Conduta:

Rel

Prescrição:

Horario da medicacao:

SAT 8:00 AM

Enfalto (100)

8:00 PM

Relaxante muscular

Dipirona 01 compr 100 mg

Relaxante muscular

10:00 PM

Relaxante muscular

*[Assinatura do(a) Profissional]*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### **MENTO REALIZADO**

#### ESTINO DO PACIENTE

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

*[Signature do Paciente/Responsável]*

**Assinatura e Carimbo do Médico**

COMARREY PREVIOUS

30 JUL 2018

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:						
Nome da Mãe:		Leito:						
Endereço:	Bairro:							
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:					
Sexo: F( ) M( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:					
Escolaridade:	Data de Nascimento ___/___/___							
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:								
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>								
<b>Geral:</b> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ___ Kg em ___ [ ]Prurido [ ]Sudoresc [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: ___								
<b>Pele:</b> ___								
<b>Cabeça e Pescoco:</b> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: ___ Visão: ___								
<b>AR e ACV:</b> [ ]Dor ___ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema ___ Outros: ___								
<b>ABD:</b> [ ]Dor ___ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume								
<b>AGU:</b> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: ___								
<b>SME:</b> [ ]Dor ___ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos								
<b>SN e PSQ:</b> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade ___ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]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					CID
<i>O fraturado tibio</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O meus / comunicação</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do fraturado tibio</i>					
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 30 JUL. 2018					
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<i>Dr. Indalecio Paolini Fernandes Ortopedia - Traumatologia CRM 6827 TEOT 14247 Descrever cirurgia do joelho</i>	
Biópsia de Congelação:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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 + enxissep + CCP
- ③ Gintecimento à nível de coxa (E)

**Incisão:**

- ④ Incisão longitudinal medial am piso (F por piso) ate o osso

**Achados:**

- ⑤ Fratura cominutiva da fibula (E)

**Conduta:**

- ⑥ Reducao cruento av fratura fibula (E)
- ⑦ Possofern ou 2 pinhos interfrasurais  
n° 32 sob suoplc

- ⑧ Colocação de placa DCP 4.5MM de 12 furos  
pro-moldado

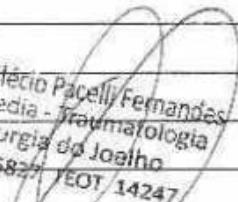
- ⑨ Fixação de placa com pinhos cortiluz  
4x30, 1x28, 1x34 e espinhos  
1x40 e 1x45 sob suoplc

- ⑩ Sutura por piso

⑪ Caudilho

**Fechamento:**

⑫ TPD

	 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
<b>OBS:</b>	30 JUL. 2018	 Dr. Indalecio Pacelli Fernandes Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 6827 EOT 14247
	<b>PROTOCOLO</b>	
	<b>AG. JOÃO PESSOA</b>	

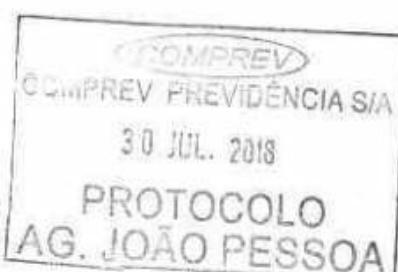
Data: 20/02/18

MÉDICO/CRM

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



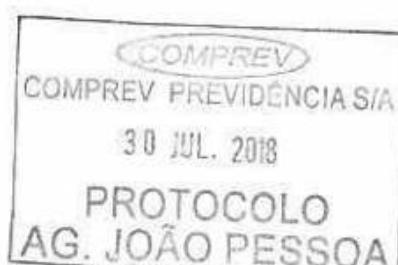
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO SERIAL	1.929.439 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2010
NOME DANILÓ DE ARAÚJO NOBRE LEITE		
PARECER FRANCISCO NOBRE LEITE CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE		
NACIONALIDADE PIANCO-PB	DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977	
DOC. CENSAM N. 5007 FLS. 307 LIV. B-19		
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB		
CPF 021.762.164-31		
Data de Emissão: 01/01/2010		
Assinatura do Diretor LEI N.º 7.110 DE 29/06/93		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 32

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO		
		<b>MOP0856</b>
2017		
<b>FLAVIA IVA DO N</b>		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>
<b>MOP0856</b>		Último Licenciamento: 2017
		Proprietário: FLAVIA IVA DO N
		Placa: MOP0856
		Combustível: GASOLINA
<b>PASSA / MOTOCICLETA</b>		Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
HONDA/CG 150 TITAN KS	2008	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
<b>PARTICULAR PRETA</b>		Ano de Fabricação: 2008
31/08/2018		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
<b>CAMPINA GRANDE</b>	<b>25/07/2018</b>	



## 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### 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
Morros Novos	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)	
Udui_spat@gmail.com	(83) 99811-5088	

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

*Jônio de Corralho Silva*  
13 NOV. 2018  
COMPREV  
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\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
<b>X</b> 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 NRC G/Y CONTA NRC G/Y  
3348 03443 9  
(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	ATÉ R\$ 10.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
BANCO	AGÊNCIA	CONTA
NRC	NRC	NRC
G/Y	D/V	S/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 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 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: MENSAJERO

Identidade: 4.021.767 CPF: 118.621.694-89

Endereço: Rua João de Souza, 206,  
Al. Moura, s. n., 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 julho de 2018.

x Jonas de Carvalho Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 Santiago Pereira  
SERVIÇO NOTARIAL E PREGOARIA

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  
En test. da verdade, Dated: PB 24/07/2018 11:21:16  
Nely Santiago Pereira Feitosa - Substituta  
[2018-007052]EMOL:R\$ 0,48 TARJEM:R\$ 0,28 FER:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHG65665-T65U  
Pode ser verificada no site: <http://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](http://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: DANIL 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

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281500300000043637864>  
Número do documento: 21071912281500300000043637864

Num. 45925387 - Pág. 38



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou 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 Nº 445/2012				
Nome completo:	João de Coriolano Silva		CPF:	118.621.699-89
Profissão:	Autônomo	Enderço:	Rua João da Cega	Número:
Barro:	Morungaba	Cidade:	Santa Rita	Complemento:
E-mail:	Nelson.silva@ymail.com		Estado:	PR
			CEP:	58000-000
			Tel.(DDD):	(83) 91341-5008

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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, solicitei e prosseguiu a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sa tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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.

**MORTE**

Local e Data: Rio Verm 13/10/2018	Testemunhas:
Nome: Nelson de Coriolano Silva	1º   Nome: COMPREV
CPF: 118.621.699-89	CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
(* Assinatura de quem assina o RGDO)	13 DEZ 2018
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º   Nome: PROTOCOLO
Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura do Procurador (se houver)	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.





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.<sup>o</sup> 08224531220198152001

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

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281650600000043637865>  
Número do documento: 21071912281650600000043637865

Num. 45925388 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:28:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912281650600000043637865>  
Número do documento: 21071912281650600000043637865

Num. 45925388 - Pág. 2