



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
45925377	19/07/2021 12:28	Petição	Petição
45925380	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_06	Outros Documentos
45925381	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_05	Outros Documentos
45925383	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_04	Outros Documentos
45925385	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
45925387	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
45925388	19/07/2021 12:28	2651531_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_06	Outros Documentos

EM ANEXO



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

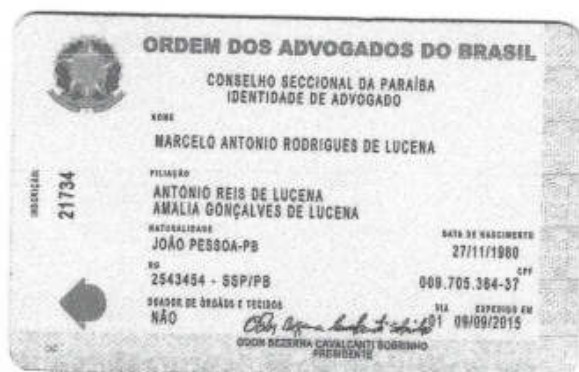
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Lencastre

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cleverson Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cleverson Wagner Pereira de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof. Oswaldo de A. Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206/207</u>
Bairro: <u>Brasão</u>	Cidade: <u>Jacó Pereira</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>marcelolencastre.adu@gmail.com</u>	CEP: <u>58033-410</u>	Tel.(DDD): <u>(41)986.344.569</u>

Local e Data: Jacó Pereira 2 de Jul 2021

Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO 18/02/94
NOME DA MÃE MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.207.477

Nº PRONTUARIO

DATA DO ATENDIMENTO 01/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

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

CID 10 S 00.9 + T 01.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do tórax - AP
RX do braço E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

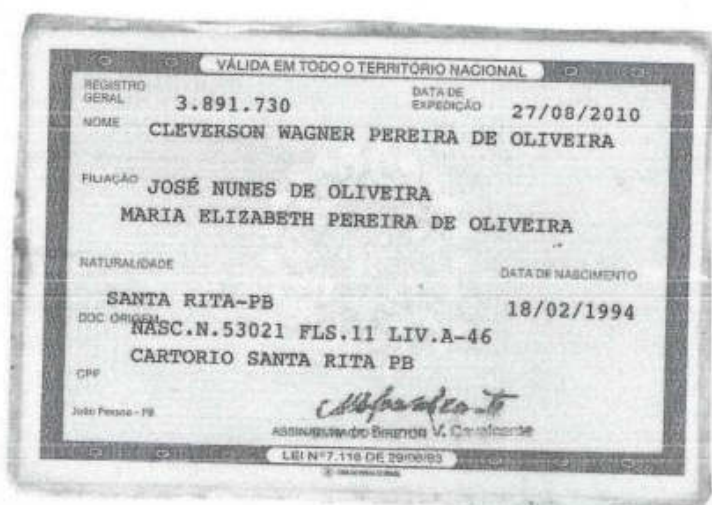
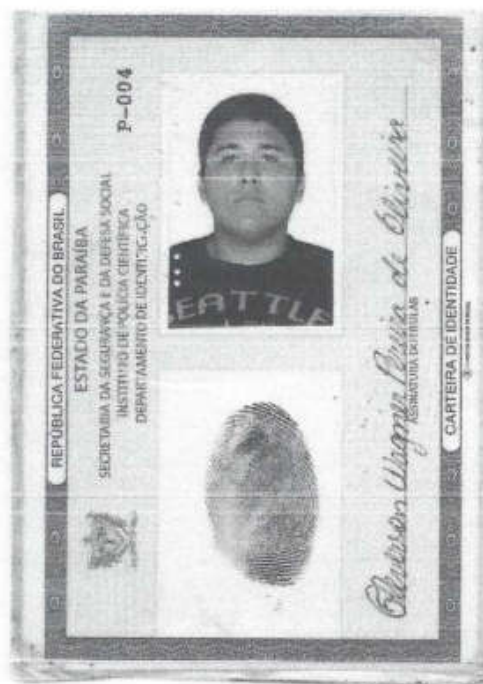
DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





01/12/2019

- TiMed



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1207477



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

Imprimir

8080/cvth/nanes/hospitalEmergencia-da-paraiba



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. 5

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 sequela

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



**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
Data de nascimento
18/02/1994
Idade
25a 9m 14d
Mãe
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

BAE
1207477
Sexo
Masculino
Data/Hora Entrada
01/12/2019 20:14:23
CNS
704101621665050

Data Baixa
2019-12-02 00:34:44.0
Telefone de Contato
(83) 986069425
Prontuário

Endereço
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Bairro
POPULAR
Município
SANTA RITA

UF
PB
Nº Cons. Regional
6700/PB

Acidente
OUTROS
Motivo
ATROPELAMENTO

Profissional
RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

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 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.
(01/12/2019 20:33:37-GILVANDY 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 TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS 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: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA
(02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES)

FAST NEGATIVO AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E ORTOPEIDA CD: ALTA COM OIENTACOES 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 (MG/ML)
(OBSERVAÇÕES: 30 GTS/MIN)

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (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, profissão zelador, residente e domiciliado à Rua João Francisco de Araújo, nº 33, bairro Popular, Município de Bayeux, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador(a) do Rg nº 3.891.730, SSP/ e CPF nº 107.940.974-21

Outorgado: Mercelo Antonio Rodrigues de Sousa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Aluguel, residente e domiciliado(a) à Rua Prof. Osvaldo de Almeida, nº 860, bairro Buximor, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador (a) do RG nº 21.734, SSP/ DAF-PB e CPF nº 009.705.364-37

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cleverson Wagner Pereira de Oliveira ocorrido em 01.12.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalida.

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.



Cleverson Wagner Pereira de Oliveira
OUTORGANTE

CPF Nº 107.940.974-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2021-001417

Reconheço por autenticidade a firma de:
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Dou fé, as testemunhas de verdade, Santa Rita - PB, 14/04/2021 14h21m

EMOL: R\$10,47 FEPJ: R\$2,09 PARPEN: R\$0,31 ISS: R\$0,92

SELO DIGITAL: AL183749-GPNM

Confira a autenticidade em <https://reajudicial.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
ALEXANDRO ROLIM DANTAS - ESCRIVÃO

Oficiala TABELA PATRICIA MAY (P. 01) - OFICINA LINA FIANCO

Oficina Lina Fianco

TABELA LINA FIANCO

SOUZERRA CAMPOS 53

CENTRO

Alexsandro Rolim Dantas
Escrivente Autorizado





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
Data de nascimento
18/02/1994
Idade
25a 9m 14d

BAE
1207477
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
01/12/2019 20:14:23
CNS
704101621665050

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986069425
Prontuário

Mãe
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Bairro
POPULAR

Município
SANTA RITA

UF
PB

Acidente
OUTROS

Motivo
ATROPELAMENTO

Profissional
MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
Data/Hora Prescrição
02/12/2019 00:06:50

Nº Cons. Regional
9456/PB

Data/Hora Classificação
01/12/2019 20:14:23

ANAMNESE

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PRÓPRIA 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
TEC 126118

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 OLIVEIRA

CPF: 107.940.974-21

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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

Data de nascimento
18/02/1994

Mãe

MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço

JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Acidente

OUTROS

Data/Hora Classificação
01/12/2019 20:14:23

BAE

1207477

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

01/12/2019 20:14:23

CNS

704101621665050

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986069425

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional
5914/PB

Bairro

POPULAR

Município

SANTA RITA

Profissional

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES

Data/Hora Prescrição

01/12/2019 22:09:49

Motivo

ATROPELAMENTO

ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, POS 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 TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Neuton Magalhães
CRM: 5914/PB
FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

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





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

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210143387

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01361/01362 - carta_31 - INVALIDEZ

00030681



Carta nº 16842525





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986069425
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA		CNS 704101621665050	Prontuário
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 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 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: 30 QTS/MIN)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

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

CID10

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 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 - Assinatura original da vítima ou beneficiário não habilitado 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 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 05.04.2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade 18min
	Clínica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:54
Parecer	Data de Resposta:

Guilherme Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2499





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00174.01.2021.1.05.006

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

Dados do(s) Fatos:

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UNS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 À 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





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Permanência na Unidade 18min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito
Clinica CIRURGIA GERAL		

Parecer médico	Profissional
Especialidade NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:13
Parecer	Data de Resposta:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4915

CONTA: 2435

AGÊNCIA:

CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:


41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Banco Itaú S.A.		341-7		34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000	
Local de pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer agência bancária					15/04/2021
Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06					Agência/Código Beneficiário
					0655/46480-8
Data Doc.	Número Doc.	Especie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
15/06/2020			N	15/06/2020	198/11711790-8
Uso do Banco	Carteira	Especie Moeda	Quant. Moeda	(X) Valor	(=) Valor Documento
	198	R\$			50,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário					(-) Desconto/Abatimentos
Após vencimento não cobrar juros					(-) Outras Deduções
Após vencimento não cobrar multa					(+) Outros Acréscimos
de 15/03/2021 até 14/04/2021					(=) Valor cobrado
Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com					
Pagador					
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/Avalista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA					
					FICHA DE COMPENSAÇÃO — Autenticação Mecânica —





Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Lúcio Carlos Barreto, 1376
Ed. Eco Brasil
Cidade Monções
CEP: 04571-936 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.556.157/0001-02
Insc. Est: 100363949132
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: 833024595/8330349675
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 ⁰⁴⁹⁹	148,50
Serviços	
Outros Serviços	20,00
Serviços Solução TI	275,98
Telefone + Serviços Digitais e Técnicos	
Serviços Digitais	-
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal ⁰³⁹⁹	6,22
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional ⁰³⁹⁹	6,67
Total	457,37
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Resarcimento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multas)	4,16
Total	4,11
TOTAL GERAL A PAGAR	461,78

Histórico de consumo

Total utilizado em minseg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Fevereiro	Março	Abril
Minutos Locais Utilizados	11:00	41:30	05:30
Lig. Nac. Longa Distância	0	1:54	0
Lig. Locais Celular (VC1)	29:00	32:30	58:48
Lig. Nac. LDN VC2/VC3	0	0	2:06

Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

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

Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que
você cancelou, a data do 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 12.077/2009.

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 resarcimento por interrupção é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STPC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007, Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

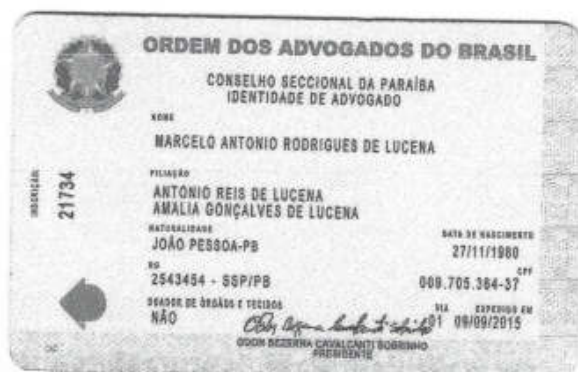
(147) FJ BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (238) PA139 Ilimitado Locais Empresas PA140 Ilimitado Longa Distância Empresas

Destaque App

Autenticação Mecânica

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





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Lencastre

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cleverson Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cleverson Wagner Pereira de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof. Oswaldo de A. Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206/207</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>Jacó Pereira</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>marcelolencastre.adu@gmail.com</u>	CEP: <u>58033-410</u>	Tel.(DDD): <u>(63)986.344.569</u>

Local e Data: Jacó Pereira 2 de Jul 2021

Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO 18/02/94
NOME DA MÃE MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.207.477

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 01/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

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

CID 10 S 00.9 + T 01.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do tórax - AP
RX do braço E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

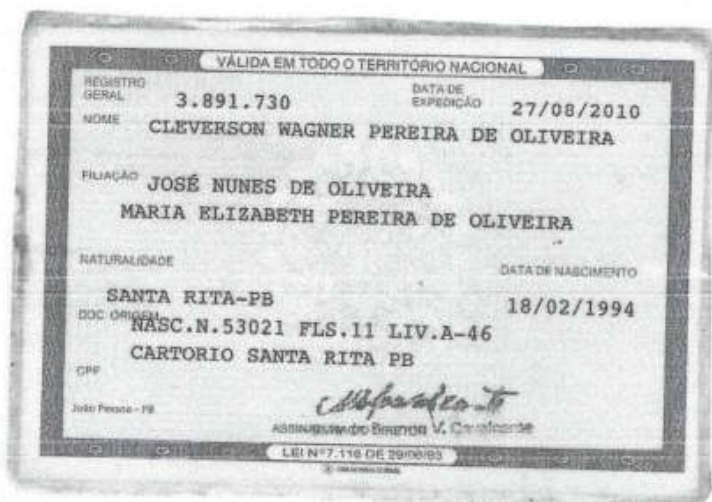
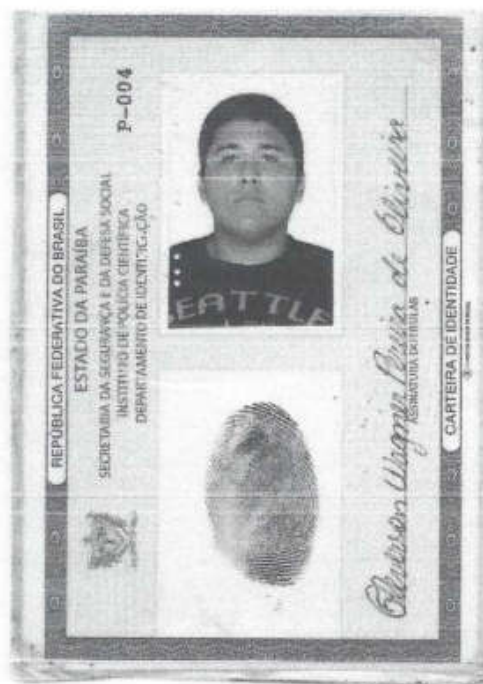
DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





01/12/2019

- TiMed



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1207477



Identificação do paciente

ID 1462616	Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25 anos 9 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA	Pai JOSE NUNES DE OLIVEIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3891730	Nº Cns 704101621665050		
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58301565	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	

Admissão

Data e Hora 01/12/2019 20:14:23	Número da pulseira 100007185860	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	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 X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p><i>última de acidente de moto, que se foi, envolvido pelo gás envenenado do cigarro</i></p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						Tempo 49seg

Imprimir

8080/cvth/nanes/hospitalEmergenciaeTrauma



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 sequela

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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

Paciente
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
Data de nascimento
18/02/1994
Idade
25a 9m 14d
Mãe
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

BAE
1207477
Sexo
Masculino
Data/Hora Entrada
01/12/2019 20:14:23
CNS
704101621665050

Data Baixa
2019-12-02 00:34:44.0
Telefone de Contato
(83) 986069425
Prontuário

Endereço
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Bairro
POPULAR
Município
SANTA RITA

UF
PB
Nº Cons. Regional
6700/PB

Acidente
OUTROS
Motivo
ATROPELAMENTO

Profissional
RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

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 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.
(01/12/2019 20:33:37-GILVANDY 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 TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS 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: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA
(02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES)

FAST NEGATIVO AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E ORTOPEIDA CD: ALTA COM OIENTACOES 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 (MG/ML)
(OBSERVAÇÕES: 30 GTS/MIN)

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (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, profissão zelador, residente e domiciliado à Rua João Francisco de Araújo, nº 33, bairro Popular, Município de Bayeux, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador(a) do Rg nº 3.891.730, SSP/ e CPF nº 107.940.974-21

Outorgado: Mercelo Antonio Rodrigues de Sousa, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Aluguel, residente e domiciliado(a) à Rua Prof. Osvaldo de Almeida, nº 860, bairro Buximor, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador (a) do RG nº 21.734, SSP/ DA3 PE e CPF nº 009.705.364-37

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cleverson Wagner Pereira de Oliveira ocorrido em 01.12.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza 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 Abril de 2021.



Cleverson Wagner Pereira de Oliveira
OUTORGANTE

CPF Nº 107.940.974-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data de nascimento
18/02/1994

Mãe

MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço

JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Acidente

OUTROS

Data/Hora Classificação

01/12/2019 20:14:23

BAE
1207477

Idade

25a 9m 14d

Sexo

Masculino

Bairro

POPULAR

Motivo

ATROPELAMENTO

Data/Hora Entrada

01/12/2019 20:14:23

CNS

704101621665050

Município

SANTA RITA

Profissional

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Data/Hora Prescrição

02/12/2019 00:06:50

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 986069425

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

9456/PB

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
TEC 126118

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: CLEVERSON WAGNER
PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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

Data de nascimento
18/02/1994

Mãe

MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço

JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Acidente

OUTROS

Data/Hora Classificação
01/12/2019 20:14:23

BAE

1207477

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

01/12/2019 20:14:23

CNS

704101621665050

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986069425

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional
5914/PB

Bairro

POPULAR

Município

SANTA RITA

Profissional

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES

Data/Hora Prescrição

01/12/2019 22:09:49

Motivo

ATROPELAMENTO

ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, POS 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 TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Neuton Magalhães
Endereço: Rua da...
FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

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





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

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210143387

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01361/01362 - carta_31 - INVALIDEZ

00030681



Carta nº 16842525





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986069425
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA		CNS 704101621665050	Prontuário
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 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 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: 30 QTS/MIN)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

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

CID10

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 2435

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 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 - Representação original da vítima ou beneficiário não utilizada 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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 05.04.2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade 18min
	Clínica CIRURGIA GERAL	Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:54
Parecer	Data de Resposta:

Parecer Médico

Nome

Idade

Boletim

Data de Entrada

Leito

Clínica

Permanência na Unidade

Permanência no Leito

Profissional

Especialidade

Motivo da solicitação

Parecer

Data da Solicitação

Data de Resposta

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Assinatura

CRM

Edilvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2499





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00174.01.2021.1.05.006

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

Dados do(s) Fatos:

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UNS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 À 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





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Permanência na Unidade 18min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito
Clinica CIRURGIA GERAL		
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA	Profissional	
Motivo da solicitação FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:13	
Parecer	Data de Resposta:	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 2435

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 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 - Representação original da vítima ou beneficiário não utilizada 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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha


40 - Local e Data, 05.04.2021

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000	
Local de pagamento					Vencimento
Pagável em qualquer agência bancária					15/04/2021
Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06					Agência/Código Beneficiário
					0655/46480-8
Data Doc.	Número Doc.	Especie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
15/06/2020			N	15/06/2020	198/11711790-8
Uso do Banco	Carteira	Especie Moeda	Quant. Moeda	(X) Valor	(=) Valor Documento
	198	R\$			50,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário					(-) Desconto/Abatimentos
Após vencimento não cobrar juros					(-) Outras Deduções
Após vencimento não cobrar multa					(+) Outros Acréscimos
de 15/03/2021 até 14/04/2021					(=) Valor cobrado
Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com					
Pagador					
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/Avalista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA					
					FICHA DE COMPENSAÇÃO — Autenticação Mecânica —





Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Lúcio Carlos Barreto, 1376
Ed. Eco Brasil
Cidade Monções
CEP: 04571-936 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.556.157/0001-02
Insc. Est: 100363949132
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: 833024595/8330349675
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 ⁰⁴⁹⁹	148,50
Serviços	
Outros Serviços	20,00
Serviços Solução TI	275,98
Telefone + Serviços Digitais e Técnicos	
Serviços Digitais	-
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal ⁰³⁹⁹	6,22
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional ⁰³⁹⁹	6,67
Total	457,37
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Resarcimento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multas)	4,16
Total	4,11
TOTAL GERAL A PAGAR	461,78

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Fevereiro	Março	Abril
Minutos Locais Utilizados	11:00	41:30	05:30
Lig. Nac. Longa Distância	0	1:54	0
Lig. Locais Celular (VC1)	29:00	32:30	58:48
Lig. Nac. LDN VC2/VC3	0	0	2:06

Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

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

Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que
você cancelou, a data do 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 12.077/2009.

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 resarcimento por interrupção é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007, Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(147) FJ BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (238) PA139 Ilimitado Locais Empresas PA140 Ilimitado Longa Distância Empresas

Destinação: Água

Autenticação: Mecânica

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



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: 000000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



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: 000000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

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

Vítima: 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



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JONAS DE CARVALHO SILVA

Nº Sinistro: 3180349487

Vítima: 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.

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

Pag. 00903/00904 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13173645



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Carta nº 13578318

A/C: JONAS DE CARVALHO SILVA

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

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00581/00582 - carta_25 - INVALIDEZ



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 118.621.694-89	Nome completo da vítima Jonas de Carvalho Silva
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jonas de Carvalho Silva		CPF titular da conta 118.621.694-89		Profissão Autônomo	
Endereço Rua João da Silva		Número 206		Complemento	
Bairro Marechal	Cidade Santa Rita	Estado PB		CEP 58000-000	
Email holu.dpvat@gmail.com				Telefone (DDD) 83 99100-0607	

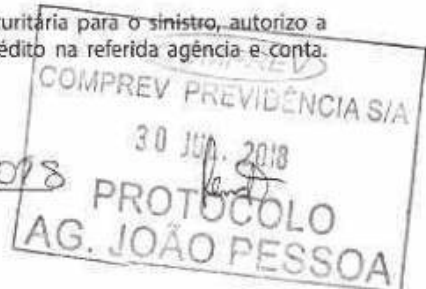
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3348 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 0343 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

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

Jonas de Carvalho Silva, 25 de Julho de 2018
Local e Data



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

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

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

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



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, MATRICULA 1970075.

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D8B7C176D6086F4886F

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

Página 1 de 11





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



PROTOCOLO:
18007133B01

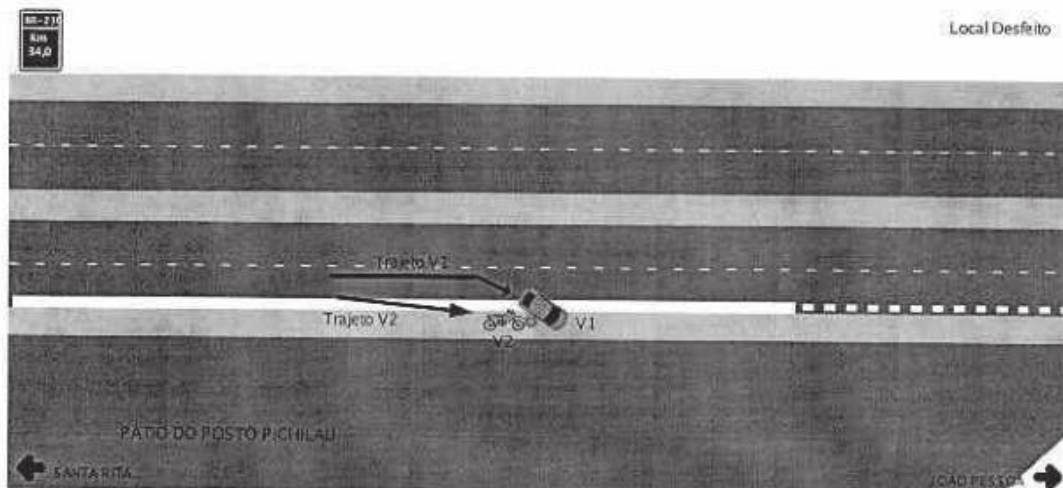
STATUS:
Encerrado

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, MATRICULA 1970975
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34 NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D5086F4886F
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 11





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 frear 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 possui 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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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

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	MANOBRA 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
--	-----------------------------

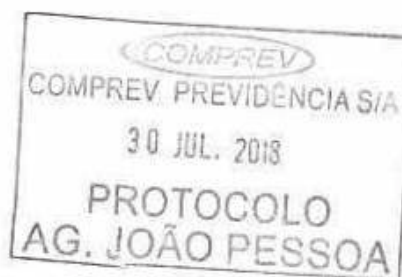
Dados de Endereço

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: 96B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	

Página 4 de 11





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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: FLAVIA IVA DO NASCIMENTO	CPF/CNPJ: 402.579.686-06
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:





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

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

ALVARO JOSE ALVES

CPF:

702.049.504-49

DATA DE NASCIMENTO:

26/02/1970

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)

NOME DA MÃE:

MARIA JOSE ALVES

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA GILBERTO NORBERTO

NÚMERO:

30

COMPLEMENTO:

CASA

BAIRRO:

CAJUPIRANGA

MUNICÍPIO/UF:

PARNAMIRIM/RN

TELEFONE:

84 99977 7069

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

B

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

Nº DO REGISTRO:

01211659242

UF:

RN

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

02/10/1995

VALIDADE DA CNH:

15/04/2020

OBSERVAÇÕES DA CNH:

A

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Ileso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

0.0 mg/L

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

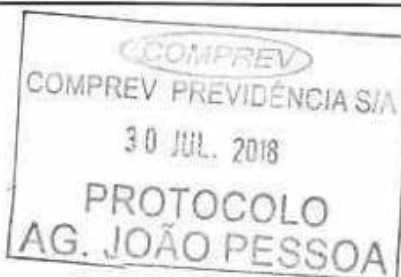
Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

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



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: 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



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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JONAS DE CARVALHO SILVA	CPF: 118.621.694-89	DATA DE NASCIMENTO: 17/07/1994
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: JOAO DA EGA	NÚMERO: 206	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: MARCOS MOURA	
MUNICÍPIO/UF: SANTA RITA/PB		
TELEFONE: 83 98720 4017	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Condutor não habilitado, lavrado o auto de infração nº T137465707. Realizado o teste de etilômetro de nº 3609 (aparelho 80822).		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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

Página 7 de 11





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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

NUMERO DO BAT:

18007133B01

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

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

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

COMPREV PREVIDENCIA S/A

DIMENSÃO DA MONTA:

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

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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 9 de 11





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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS

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:

Peguesa

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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

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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

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

Página 11 de 11



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>Jonas de Carvalho Silva</i>	CPF da Vítima <i>118.621.694-89</i>	Data do Acidente <i>30/07/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

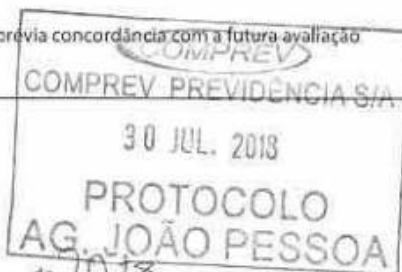
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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.



Jonas de Carvalho Silva 25 de Julho de 2018
Local e Data

+ Jonas de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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");

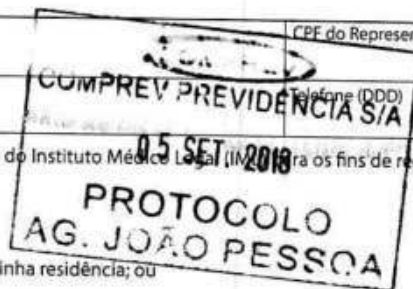
Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante 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>João de Carvalho Silva</i>	CPF da Vítima <i>118.621.694-89</i>	Data do Acidente <i>30/10/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<p>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:</p> <p>Assinalar uma das opções abaixo:</p> <p><input type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	



João Pessoa, 25 de *Setembro* de 2018
Local e Data

João de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ANTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

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

X: () - CNPJ:

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regul

Data: 30/01/2018

Hora: 18:50:40

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAI

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004301

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

Matural: 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

Pa: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residência: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Ultima de violência 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

Ida:

INC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd:

O2:

☐ Regular ☐ Chocado

Ca Principal

☐ Vomito

QUEDA DE MOTO

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

do modo 10 ± 3 h. Relato de queda de moto, com lesão de cabeça, nariz, ombro e tornozelo. Relato de dor no local da queda. Exame físico: sem alterações.

Postico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

SAF 8000 12 (1m)
SAF 8000 500 ml (10)
Diplophone 01 amp 1200

Em falta (12)

Assinado por: M. Tassula



Assinatura e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

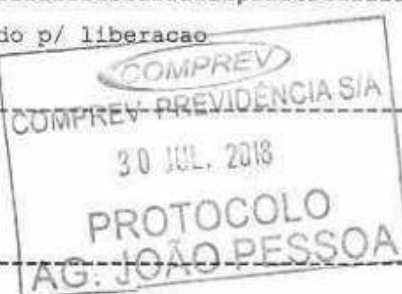
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

EXAME REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 000000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 008.686.039



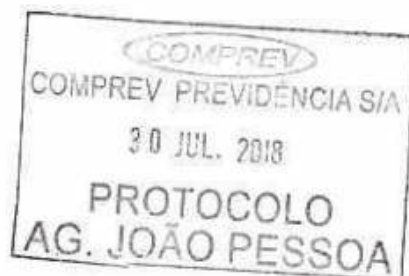
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.103 / 0001-40 InsC. Est. 18.015.323-0

DADOS DO CLIENTE NEIDE CARLOS OLIVEIRA RUA JOÃO DA EGA, 208 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

		NEIDE CARLOS OLIVEIRA Roteiro: 18-009-365-6620 CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2018	
VENCIMENTO 04/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 193,11	MATRÍCULA 787945-2018-06-2	

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



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/correio de energia elétrica. Nº 008.623.681



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Nordeste - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 - Ins. Est. 16.019.323-0

DADOS DO CLIENTE DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO LEONARDO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208 JOÃO PESSOA		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1082314-4		
REFERÊNCIA JUN/2018	APRESENTAÇÃO 26/06/2018	CONSUMO 150	VENCIMENTO 03/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 144,47


Acesse: www.energisa.com.br

		DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE Roteiro: 15-006-213-1150 83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6	
VENCIMENTO 03/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 144,47	MATRÍCULA 1082314-2018- 06-1	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávia da do Nascimento,
RG nº 4.206.238, data de expedição 14/11/13,
Órgão SSDS-PR, portador do CPF nº 402.579.698-06, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Parã, nº 38,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jonas de Carvalho Silva cujo o condutor era
Jonas de Carvalho Silva.
Veículo: Motocicleta Nova April.
Modelo: Honda CG 150 Titan K5
Ano: 2008
Placa: MCP0866
Chassi: 9C2K C08 108 R 267 E C6
Data do Acidente: 30/03/2018
Local e Data: Surubim 20 Abril de 2018


2ª Of. Assinatura do Declarante

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





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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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



Assinatura e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

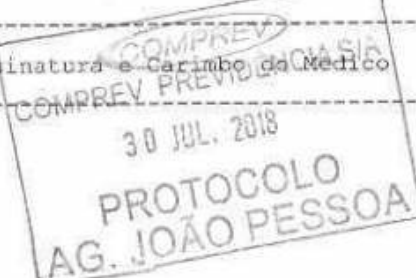
EXAME REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Tales de Lima Lili</u>		Data da Admissão: <u>30 / 01 / 18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
QPD: _____			
HDA: <u>Polio Tami C.</u>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 30 JUL 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</div>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso ____ Kg em ____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH. sob raquianestesia
- ② Assep + antissep + CCF
- ③ Gaseamento 2 nível de coxa (E)

Incisão:

- ② Incisão longitudinal medial em forma de Y por plant até o osso

Achados:

- ① Fratura cominutiva da tibia (E)

Conduta:

- ① Redução (mento de fratura tibia (E)
- ② Passagem de 2 parafusos interfragmentares n° 32 sob súplic
- ③ Colocação de placa DCP 4.5mm de 12 furto proximal-medial
- ④ Fixação de placa com parafusos corticeis 4x30, 1x28, 1x34 e esponjosos 1x40 e 1x45 sob súplic
- ⑤ Sutura por plano
- ⑥ Curativo

Fechamento:

- ① 2 DDP

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

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 / FEOT 14247

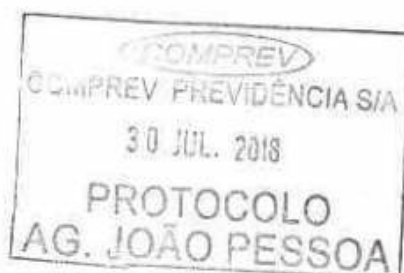
Data:

20.02.18

MÉDICO/CRM

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





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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

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

Nome completo da vítima

118.621.694-89

João de Carvalho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João de Carvalho Silva	118.621.694-89	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua João da Silva	206	
Bairro	Cidade	Estado
Marechal	Santa Rita	AB
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
joao.opiter@gmail.com	53000-000	(85) 94811-5088

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAL	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	DE R\$ 1.000,00	DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRASECO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº 3348		Nº 0343	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João de Carvalho Silva 13 de Novembro de 2018
Local e Data

João de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF 001 V001/2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOHNS DE CARVALHO SILVA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AV. DE MONTAGEM

Identidade: 4.021.767 CPF: 118.621.694-89

Endereço: RUA JOÃO DA LGA, 206

IL. NOVA, 5 LTA, PARAÍBA, CEP: 58000-000

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 Johns de Carvalho Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 **Santiago Pereira**
SERVIDOR PÚBLICO E REGISTRO

Av. Getúlio Vargas, 3125 - Vila
Paraná - CEP: 58010-000
Fone: (83) 3211-1311

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmada(s) de
JOHNS DE CARVALHO SILVA
Em test. da verdade, Bessa-PB 24/07/2018 11:21:16
Mely Santiago Pereira Peitosa - Tabelião Substituto
[2018-007052]ENCL:R\$ 89,48 FAREM:R\$ 0,28 FEM:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AH665665-T65U
Confira a autenticidade em <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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONAS DE CARVALHO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 118.621.694-89 Nome completo da vítima: João de Carvalho Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: João de Carvalho Silva CPF: 118.621.694-89
Profissão: Automotista Endereço: Rua João de Deus Número: 206 Complemento: _____
Bairro: Monjuba Cidade: Santa Rita Estado: PR CEP: 58.000-000
E-mail: joao.silva@monjuba.com Tel. (DDD): (83) 91241-5008

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 03443 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: João Pessoa 13/12/2018
Nome: João de Carvalho Silva
CPF: 118.621.694-89

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 DEZ 2018
2ª Nome: PROTÓCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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

FPS 051 VD01/2018





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

Processo n.º 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.ª, 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.joaobarbosaadvass.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