

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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467018

Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO BARROS DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467018

Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA

Data do Acidente: 12/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO BARROS DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.

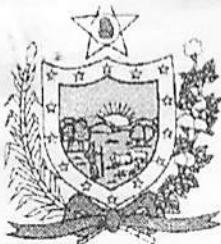
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL

Hora e data do fato: Às 14:00, do dia 12 de junho de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:42, do dia 27 de junho de 2019.

Local do Ocorrido: BR 104 - LAGOA SECA (PRÓXIMO AO RESTAURANTE O BANANAL)

COMUNICANTE e VÍTIMA: THIAGO BARROS DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 29/10/1992, com 26 anos de idade, ID: 3.895.012 SSP/PB, CPF: 115.718.824-99, GERENTE, filho de GILBERTO DE SOUZA e de MARIA DAS DORES BARROS DE SOUZA, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na RUA SILVERIO HIPOLITO, 64, bairro BELA VISTA, na cidade de LAGOA SECA, PB, celular Nº 9 9313-3346

TESTEMUNHAS: FILIPI PEREIRA CRUZ, residente na TRAVESSA SILVÉRIO HIPOLITO PINHEIRO, 28, bairro CENTRO, na cidade de LAGOA SECA, PB. JACILEIDE DE SOUSA PEREIRA, residente na RUA AUGUSTO DOS ANJOS, 84, bairro JOSÉ PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

ACUSADO(S): A INVESTIGAR

HISTÓRICO: QUE, no dia 12 de junho de 2018, por volta das 14:00 horas, quando este declarante se locomovia de sua residência para seu local de trabalho na cidade de Campina Grande, pilotando sua motocicleta HONDA/XRE 300, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA KVH-8185, passava em frente ao Restaurante o Bananal, situado na BR 104, quando um motorista saiu de vez do estacionamento do estabelecimento, não tendo como o declarante sequer diminuir a velocidade, havendo a colisão; QUE não ficou desacordado, mas não podia ficar de pé em razão das diversas fraturas em sua perna esquerda; QUE lhe foi dito por populares que o condutor do carro evadiu-se do local, não sendo possível que pudessem anotar a placa do veículo; QUE este declarante foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo passado aproximadamente 40 dias interno no Hospital de Traumas de Campina Grande e o período de sete meses sendo acompanhado por profissionais daquele nosocomio; QUE ainda encontra-se afastado de suas funções laborais em virtude do acidente que sofrera.

AUTORIDADE

LUCIANO MENDONÇA CAVALCANTI

Thiago B. de Souza

COMUNICANTE

THIAGO BARROS DE SOUZA

Thiago B. de Souza

ESCRIVÃO

NIELTON FERNANDES TORRES





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL

Hora e data do fato: Às 14:00, do dia 12 de junho de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:01, do dia 30 de agosto de 2019.

Local do Ocorrido: BR-104 - LAGOA SECA (PRÓXIMO AO RESTAURANTE O BANANAL)

COMUNICANTE e VÍTIMA: THIAGO BARROS DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 29/10/1992, com 26 anos de idade, ID: 3.895.012 SSP/PB, CPF: 115.718.824-99, GERENTE, filho de GILBERTO DE SOUSA e de MARIA DAS DORES BARROS DE SOUZA, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRO, residente na RUA SILVERIO HIPOLITO, 64, bairro BELA VISTA, na cidade de LAGOA SECA, PB, celular Nº 9 9313-3346

TESTEMUNHAS: FILIPI PERIRA CRUZ, residente na TRAVESSA SILVÉRIO HIPOLITO PINHEIRO, 28, bairro CENTRO, na cidade de LAGOA SECA, PB. JACILEIDE DE SOUSA PEREIRA, residente na RUA AUGUSTO DOS ANJOS, 84, bairro JOSÉ PINHEIRO, na cidade de CAMPINA GRANDE, PB.

ACUSADO(S): A INVESTIGAR

HISTÓRICO: QUE, no dia 12 de junho de 2018, por volta das 14:00 horas, quando este declarante se locomovia de sua residência para seu local de trabalho na cidade de Campina Grande/PB, pilotando sua motocicleta HONDA/XRE 300, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA KVH-8185, CHASSI 9C2ND0910AR030724, RENAVAM Nº 00232435529, EM NOME DE JOSÉ ANCHIETA LINS, passava em frente ao Restaurante O Bananal, situado na BR-104, quando um motorista saiu de vez do estacionamento do estabelecimento, não tendo como o declarante sequer diminuir a velocidade, havendo a colisão; QUE não ficou desacordado, mas não podia ficar de pé, em razão das diversas fraturas em sua perna esquerda; QUE lhe foi dito por populares que o condutor do carro evadiu-se do local, não sendo possível que pudessem anotar a placa do veículo; QUE este declarante foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo passado aproximadamente 40 dias interno no Hospital de Traumas de Campina Grande e o período de sete meses sendo acompanhado por profissionais daquele nosocomio; QUE ainda encontra-se afastado de suas funções laborais em virtude do acidente que sofrera.

AUTORIDADE

LUCIANO MENDONÇA CAVALCANTI

Thiago Barros de Souza.

COMUNICANTE

THIAGO BARROS DE SOUZA

ESCRIVÃO

Nielton Fernandes Torres
NIELTON FERNANDES TORRES



Estado da Paraíba

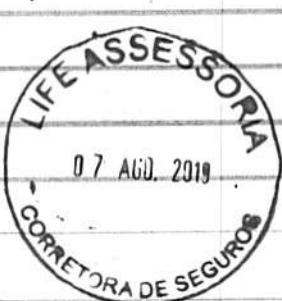
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192


SAMU
192
CAMPINA GRANDE - PB



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 12/6/2018	HORA: 13:52 HRS	ID Nº: 1702696
NOME: THIAGO BARROS DE SOUZA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: BR 104		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO BANANAL		
CIDADE: LAGOA SECA / PB		
		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de fevereiro de 2019.



Pedro Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR

07/02/2019

Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO BARROS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000106292-0

Nr. da Autenticação 1AE801DB3C66CBBC

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica N° 004.112.285



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58433-700
CNPJ 08.826.596/0001-05 Insc. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

JACILEIDE DE SOUSA PEREIRA
RUA AUGUSTO DOS ANJOS 84
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/41540-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	08/07/2019	105	15/07/2019	R\$ 89,84

Acesse: www.energisa.com.br



JACILEIDE DE SOUSA PEREIRA
Roteiro: 03-401-220-6900
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/07/2019	R\$ 89,84	41540-2019-07-9



Eu Thiago Barros de Souza brasileiro, casado, gerente, partícipes do RG de nº 3.895.012 e CPF de nº 115.718.824-99, declaro para o Senhor analista que o proprietário do veículo, o Senhor José Anchieto Lins, veio-me este amanhecidno no acidente que sofrí no dia 12/06/1998, recusa em fornecer a declaração do proprietário do veículo que o segurador Neder exige.

Soldado que substitui a declaração do veículo por essa declaração, viu onde assim o recebimento do seguro Dprat.

Campos Grande - 02/09/1999

Thiago Barros de Souza.



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

NAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO
1210618 17:32 # Crnogic General

Paciente s/ queixa abdominal.
Rx torax, pelve, cervical s/ alteração.
FAST negativo.

Col: Alta cirurgia geral
+ ortopédica
Fratura de tibia e fibula

DESTINO DO PACIENTE _____/_____^{as} _____: _____ hs.

Centro cirúrgico Alta hospitalar A revogação
 Internação (setor) Diretoria Médica
 Transferência a outro SETOR no HOSPITAL Outro:

*de Maria das Dores Silva
Ass. do paciente ou suspeitável (quando necessário)* Rarros

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Nome do Paciente	Thiago Bento de Souza			Nº Prontuário
Data da Operação	21/07/18	Enf.	01	Leito 4
Operador	Dr. <i>[Assinatura]</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Dr. <i>[Assinatura]</i>	Tipo de Anestesia <i>[Assinatura]</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fenda e lesão da palatina maior, ferida grande.			
Tipo de Operação	Antevertentia da face.			
Diagnóstico Pós-Operatório	IDem			
Relatório Imediato da Patologia	Nenhuma			
Exame Radiológico no Ato	Nenhuma			
Acidente Durante a Operação	Nenhuma			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Ampliação anterofacial
Colocação de compõe operatório no
hmvrgn. palatina maior, inserindo
o anterofacial no revestimento
deve ser grande, com inserção na língua.
Ocupar os olhos.
paciente deixou S.D. em antecedentes.

Respiração normal
MÉDICO
CRM: 4511



Nome do Paciente <i>Thiago Barros de Souza</i>		Nº Prontuário <i>3672497</i>
Data da Operação <i>09/07/18</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. André Ribeiro</i>	1º Auxiliar Dr Euler (M&J)	
2º Auxiliar <i>Debora Ramy Batista (AC)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta da Tíbia (E) + necrose de pélvica</i>		
Tipo de Operação <i>LHC + abordamento da articulação desvitalizada</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Fratura exposta da Tíbia (E) + necrose de pélvica</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Paciente em LHC sob anestesia.
2. Amputação + antiamputação + aponérgio de campos estériles
3. Limpida moânia urinária + abordamento da articulação desvitalizada em face anterior e posterior de pélvica exposta
4. Luminoso.

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1^o

—LEFTO-4-6

Paciente THIAGO BARROS DE SOUZA, 25

Alojamento

Leito

Convênio FITO 4-4

MOD. 925





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

Paciente THIAGO BARROS DE SOUZA, 25

Alojamiento

Leite I

Convénio LEITO 4-4

FX EXPOSTA SEGMENTAR DE TIBIA

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/6	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H SN 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ 8 FISIO MOTORA 9 SSVV+CCGG 10 Finsagum 1amp 30mg 320212/07/19 11 doxote 1amp 50 mg 20/07/19	02/07/19 02/07/19 02/07/19 (02/07/19)	12H; Bn BEG, estável, sem alterações humor. (F) evas. (F) CO: VFM Dr. Buerlon Meira M.R. Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 9900

MOD. 85





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX EXPOSTA SEGMENTAR DE TIBIA

ORTOPEDIA 1
LEITO 4-4

LEITO 4-4

Paciente THIAGO BARROS DE SOUZA, 25

Alojamiento

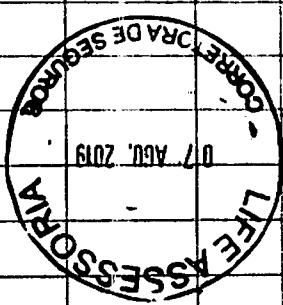
Leito |

Convênio

LEITO 4-4

MOD. 633





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.895.012 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/04/2014

NOME THIAGO BARROS DE SOUZA

FILIAÇÃO GILBERTO DE SOUZA
MARIA DAS DORES BARROS DE SOUZA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 29/10/1992

DOC ORIGEM NASC.N. 9069 FLS. 268 LIV.A-8
CARTORIO LAGOA SECA-PB.

115.718.824-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
115.718.824-99
Nome
THIAGO BARROS DE SOUZA

Nascimento
29/10/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.895.012 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/04/2014

NOME THIAGO BARROS DE SOUZA

FILIAÇÃO GILBERTO DE SOUZA
MARIA DAS DORES BARROS DE SOUZA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 29/10/1992

DOC ORIGEM NASC.N. 9069 FLS. 268 LIV.A-8
CARTORIO LAGOA SECA-PB.

115.718.824-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-076

Thiago B. DE SOUZA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



NOTIFICAÇÃO DE AUTO LANÇAMENTO DO IPVA

NOTIFICAÇÃO N° 01592893/2017

EMISSÃO: 17/01/2018

DADOS VEÍCULO

Placa: KVH8185

Chassi: 9C2ND0910AR030724

Renavam: 00232435529

ENDEREÇO: SITIO CANTINHO SN CASA SN 58588000 ZONA RURAL, SN - COXIXOLA - PB

DADOS CONTRIBUINTE / PROPRIETÁRIO

CPF/CNPJ: 683.501.394-04

NOME/RAZAO SOCIAL: JOSE ANCHIETA LINS

Fica o proprietário NOTIFICADO a recolher o crédito tributário, abaixo lançado, até a data do vencimento. Destaque-se que não havendo a regularização do débito em tela, poderão ser adotadas as medidas administrativas e judiciais cabíveis, como ajuizamento de ação de execução fiscal, inscrição nos órgãos de proteção ao crédito e/ou protesto do título em Cartório.

Lançamento Original:

Numero Número	Recada	Referência	Vencimento	Valor Principal	Valor Infração	Valor Total
4214892671	301	07/2018	31/07/2018	203,55	0,00	203,55
TOTAL GERAL:				203,55	0,00	203,55

85630000001-0 83190253201-7 80530421489-5 25710301004-3

Demonstrativo de Cálculo do IPVA 2018

1 - Matrícula de Cálculo	IPVA - Valor Base De Cálculo * Alíquota
Valor Base de Cálculo	6.142,00
Valor Alíquota	2,50
Valor IPVA	153,50



IPVA 2018 - COTA 4 - COTA ÚNICA COM DESCONTO

 ESTADO DA PARAÍBA SEC. DE ESTADO DA RECEITA DAR - MOD 2	16 - Cálculo de Identificação	17 - Especificação da Recada	18 - Recada	19 - N. Controle	20 - Referência	21 - Data de Vencimento
	16 - Cálculo de Identificação - Detalhamento Campo 11 Corr. Principal = 0,00 Corr. Infração = 0,00 Juros = 0,00 SELIC = 0,00	IPVA	4214892671	07/2018	30/05/2018	
20 - Nome da Firma ou Razão Social					10 - Valor Principal	R\$183,19
JOSE ANCHIETA LINS					11 - Juros / SELIC	R\$0,00
21 - Endereço					12 - Acréscimo Móvel/Outro - Multa de Mora	R\$0,00
SITIO CANTINHO SN CASA SN 58588000 ZONA RURAL, SN, CASA					13 - Multa de Atraso	R\$0,00
22 - Bairro	23 - CEP	24 - Município			14 - Multa de Infração	R\$0,00
		COXIXOLA			15 - TOTAL A RECOLHER	R\$183,19
25 - Informações Complementares					26 - Data de Emissão	27 - Matrícula
PAGÁVEL EXCLUSIVAMENTE NO BANCO DO BRASIL - SA BC/ALIO 8.142,00/2,50 NAO RECEBER APÓS 30/05/2018					17/01/2018	
28 - Valor por Extenso						
CENTO E OITENTA E TRÊS REAIS E DEZENOVE CENTAVOS						
27 - Autenticação Mecânica						

85630000001-0 83190253201-7 80530421489-5 25710301004-3



DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: JOSE ANCHIETA LINS		CPF/CNPJ 68350139404	Nosso Número 2018011730002852	
Placa KVH8185	Chassi 9C2ND0910AR030724	Código Renavan 232435529	Data Vencimento 31/01/2018	Data Emissão 17/01/2018 08:07:35

Discriminação dos Débitos:

Multas:

LICENCIAMENTO 2018	142,17
BOMBEIRO 2018	21,33
SEG.OBRIGATORIO 2018	185,50

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.

17/01/2018 08:07:35

DETRAN - Departamento Estadual de Transito da Paraíba

Usuário/DETRAN

Nome: JOSE ANCHIETA LINS	CPF/CNPJ 68350139404	Nosso Número 2018011730002852
Placa KVH8185	Chassi 9C2ND0910AR030724	Código Renavan 232435529

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RENOVACAO DO LICENCIAMENTO ANUAL

Taxes 142,17 Multas 0,00
 Seguro 185,50 Contib. Confed/Sindicato 0,00

Bombeiros 21,33

07 AGO. 2019



Renovações:


DETRAN-PB

Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

CEDELENTE DETRAN - DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DA PARAIBA	Data do documento: 17/01/2018 08:07:35	Vencimento: 31/01/2018
INSTRUÇÕES: Pagar nas agências do Banco do Brasil ou correspondentes bancários. Não receber após vencimento. Após vencimento dirigir-se ao DETRAN-PB		Nosso Número 2018011730002852
RENOVACAO DO LICENCIAMENTO ANUAL		(=) Valor do Documento 349,00
Taxes 142,17 Multas 0,00 Seguro 185,50 Contib. Confed/Sindicato 0,00	Bombeiros 21,33	
Renovações:		Valor Cobrado 349,00
Sacado JOSE ANCHIETA LINS CPF/CNPJ: 68350139404 Placa KVH8185 CHASSIS: 9C2ND0910AR030724 RENAVAM: 232435529 Data da emissão: 17/01/2018 08:07:35		CÓDIGO DE BAIXA:

85620000003-7 49000069201-5 80131020180-2 11730002852-1

Autenticação Mecânica



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Thiago Barros de SouzaDATA DO ACIDENTE 12/06/2018 CPF DA VÍTIMA 113 718 824 99PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Thiago Barros de SouzaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Thiago Barros de SouzaENDERÉSCO DO PORTADOR Rua Augusto dos AnjosNº 84 COMPLEMENTOBAIRRO Setor PioneiroCIDADE Campos Grande UF PBCEP 58407 485

E-MAIL

TELEFONE (83) 33341279

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/08/2019IDENTIDADE 3895 012ASSINATURA Thiago B. Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 07 AGO. 2019NOME Thiago B. SouzaASSINATURA Thiago B. Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467018 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4_CIRURGIA

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
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: 3190467018 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA **Data do acidente:** 12/06/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4_CIRURGIA

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
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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268705/19

Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA

CPF: 115.718.824-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: THIAGO BARROS DE SOUZA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THIAGO BARROS DE SOUZA : 115.718.824-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/08/2019
Nome: THIAGO BARROS DE SOUZA
CPF: 115.718.824-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

THIAGO BARROS DE SOUZA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268705/19

Número do Sinistro: 3190467018

Vítima: THIAGO BARROS DE SOUZA

CPF: 115.718.824-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2018

Titular do CPF: THIAGO BARROS DE SOUZA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 02/09/2019

Nome: THIAGO BARROS DE SOUZA

CPF: 115.718.824-99

Data do cadastramento: 02/09/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

THIAGO BARROS DE SOUZA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA