



28/08/2020

Número: **0800414-13.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DAMIAO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33729 865	28/08/2020 14:49	Petição	Petição
33729 868	28/08/2020 14:49	2724170_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
33729 872	28/08/2020 14:49	2724170_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo: 08004141320208150311

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **JOSE DAMIAO PEREIRA**, 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:

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

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

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

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

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PRINCESA ISABEL, 26 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

Carta nº 14139564

Pag. 01577/01578 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Pag. 00031/00032 - carta_03 - INVALIDEZ

00060016



Carta nº 14141709



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837>

Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - Pág. 2



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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_04 - INVALIDEZ

00070383



Carta nº 14378141



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: 108.655.154-68 Nome completo da vítima: José Damiano Pereira

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

Nome completo: José Damiano Pereira CPF: 108.655.154-68
Profissão: Agricultor Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra Número: 92 Complemento: _____
Bairro: Moia Cidade: Princesa Isabel Estado: PB CEP: 58.455-000
E-mail: hmc.advancia@gmail.com Tel./DDD: (67) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Princesa Isabel/PB, 28 de fevereiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Damiano Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.001 V001/2018



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: 008.655.154-68 Nome completo da vítima: Jose Damiano Pereira

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

Nome completo: Jose Damiano Pereira CPF: _____
Profissão: Agricultor Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra Número: 92 Complemento: _____
Bairro: Maia Cidade: Princesa Isabel Estado: PB CEP: 58.155-000
E-mail: hmc.educacao@gmail.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 190653 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibricando
Local e Data: Princesa Isabel/PB, 27 de maio de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Damiano Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
3ª Nome: _____ CPF: _____
4ª Nome: _____ CPF: _____
5ª Nome: _____ CPF: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N°077/2019, LIVRO n° 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado Bruno Sergio Maciel de Queiroz.

DATA: 11 de fevereiro do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 11h10min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

NOTICIANTE: JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, brasileiro, casado, agricultor, RG; 1396290 SSP/PB, CPF 708.655.154-68, nascido em 04.06.1969, com 49 anos de idade, natural de Princesa Isabel/PB, filho de Francisco Caetano Pereira e de Maria Barbosa Pereira, residente no(a) Rua Prof. Antônio Eugênio Bezerra, n°92, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

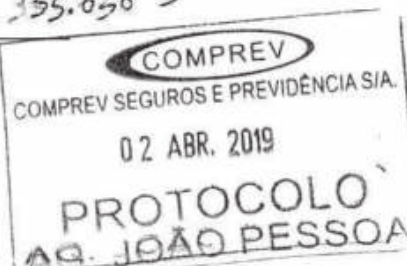
QUE no dia 16 de novembro de 2018, por volta das 18h, eu estava no centro de Princesa Isabel/PB; QUE pilotava sua MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, PAlCAMNK7756/PB, ANO/MOD; 2006, COR; PRATA, CHASSI; 9C2KC08106R962715, registrada em nome da Sra. SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA, quando em um cruzamento vinha um carro e eu fui frear e perdi o controle da motocicleta; QUE quando eu freei a motocicleta caiu em cima do meu pé esquerdo; QUE eu fui socorrido por populares para UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) nesta cidade; QUE devido a queda, fracturei o osso do tornozelo do pé esquerdo.

é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

José Damiano Pereira

Agente/Escrivão



Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XXS3) 3457 2381.



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: 108.655.154-68 Nome completo da vítima: José Damiano Pereira

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

Nome completo: José Damiano Pereira CPF: 108.655.154-68
Profissão: Agricultor Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra Número: 92 Complemento: _____
Bairro: Moia Cidade: Princesa Isabel Estado: PB CEP: 58.455-000
E-mail: hmc.advancia@gmail.com Tel./DDD: (67) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada
Local e Data: Princesa Isabel/PB, 28 de fevereiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Damiano Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.001 V001/2018



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

Cod. Prof: 21

Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Pront. Local:

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço: RUA - PROFESSOR ANTONIO BEZERRA

Nº: S/N

Bairro: MAIA

Município: PRINCESA ISABEL

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLÍNICA MÉDICA

Data: 16/11/2018 18:59

Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

COREN370840

P.A.: 144 X 91 mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

DOR E EDEMA EM PÉ ESQUERDO APÓS MOTO CAIR POR CIMA DO PÉ HÁ +- 1 HORA.

Medicamentos em Uso:

NEGA.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

16/11/2018 18:56:37 JAILSON DA PAIXAO RAMOS

PCTE SEQUEIXA DOR PE E POSTERIOR QUEDA DE MOTO

- Informações De Exames:

Código SUS

Descrição

02-04-06-015-0

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequência
382	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM	1	AMP	IM	AGORA
334	DIPIRONA 1G/2ML	1	AMP	EV	AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA CEL. MARCOS AMARAL, 222 - CENTRO - CEP 50.700-000 - FONE (51) 3071-2100
PRINCESA ISABEL, PBAutentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 08/02/2019 10:30:15

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

(2019-000304) EMUL:R\$ 2,48 FARPEN:R\$ 0,29 FEPA:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AHX98070-XXT6

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.br>COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

JAILSON DA PAIXAO RAMOS C.R.M.: 8802-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A



SILMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA
 RUA PROF. ANTONIO EUGENIO BEZERRA, 92 - MAIA
 PRINCESA ISABEL / PB CEP: 58750000 (AG: 165)
 Emissão: 28/12/2018 Referência: Dez/2018
 Cód. de Acesso: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO-220V, Km 25 - Círculo Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 54071-850
 Rotômetro: 17-165-140-5089 Nº medidor: 00009904128 CNPJ: 08.908.904-49 Ins. Est. 16.015.523-0

ENERGISA
 ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 Cód. para Dth. Automática: 09904620605

Nota Fiscal: Conta de Energia Pública Nº 017.776.187
 Cód. para Dth. Automática: 09904620605

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **Dez / 2018** Apresentação **28/12/2018** Data prevista da próxima leitura **28/01/2019** CPF / CNPJ / RANI: **929.450.904-49**

UC (Unidade Consumidora): **5/462060-5**

Canal de contato
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
 O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias nas redes elétricas. Para saber se haverá desligamento na sua região acesse o nosso site ou o app Energisa On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 28/11/18 Leitura 2439	Data 28/12/18 Leitura 2599	1	161	30
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota	Alq. kWh (R\$)
0001 Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,287850	8,63	8,63
0001 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,483640	34,54	34,54
0001 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	41,000	0,740200	30,35	30,35
0001 Adic. B. Amarela			0,04	0,04
0010 Subsidio			47,02	47,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			16,27	16,27
0008 Devolução Subsidio			-31,47	-31,47

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 107,98 120,58 32,55 120,58 1,30 8,22
VENCIMENTO **08/01/2019** **TOTAL A PAGAR**
R\$ 107,98
 Média últimos meses (kWh) Histórico de Consumo (kWh)

200 | 213 | 203 | 180 | 154 | 155 | 148 | 157 | 148 | 127 | 152 | 127
 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

COMPANHIA DO RIO DO
bf3f.83ed.f0fd.5246.41bd.a75c.bd1e.496b.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	7,55	1,67	Serviços de Dist. de Energia/PB	17,47	16,19
DIC TRIMESTRAL	15,32		Consumo de Energia	23,22	21,56
DIC ANUAL	30,64	NOMINAL	Encargos de Transmissão	2,73	2,53
FIC MENSAL	3,61		Encargos de Distribuição	4,13	3,83
FIC TRIMESTRAL	7,22	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	6,73	6,25
FIC ANUAL	14,45	INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIC	4,31	203			
DIC	12,22	231			
			Total	107,98	100,00

ATENÇÃO

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatu(r)al(is) no lado relacionado da permanência(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/01/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade da dívida suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso a tenha efetuado o pagamento da(s) fatu(r)al(is) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.
 - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,47.

Faturas em atraso
 Nov/18 111,51

VENCIMENTO **08/01/2019** **TOTAL A PAGAR**
R\$ 107,98
 Rotômetro: 17-165-140-5089
 Matrícula: 462060-2018-12-0
 836900000001-6 07980054000-1 04620602018-5 12000165019-7



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
 02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSÓ

TIM
BLACK



CTC RECIFE PE PL5
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124 -
ESCRITÓRIO
CENTRO
56670-000 TRIUNFO PE



**BAIXE JÁ O
APP MEU TIM**



Venha para o Conto
digital e tenha 300 MB
de bônus todo mês.

M.L. 029-000 - Seq. 00000 / 001000 - TIM_FAT002020101101_MNDCT101_pes_Nadine



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ricardo Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pessoa inscrito (a) no CPF sob o Nº 408.655.154 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura Envelhecimento da Vítima João Pessoa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 408.655.154 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar 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>Praca 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Triunfo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.840-000</u>
Email <u>hmc.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Triunfo, 28 de Fevereiro de 2019.

Local e Data

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA,
RG nº 1.705.469, data de expedição 30/06/2015,
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 929.450.904-49, com
domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Quefena, Antonio Augusto Borges, nº 92,
complemento moia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE DAMIAO PEREIRA, cujo o condutor era
JOSE DAMIAO PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KJ
Ano: 2006
Placa: MNK 7756 PB
Chassi: 92CKC08106R962715
Data do Acidente: 16/11/2018
Local e Data: Princesa Isabel PB, 20 de fevereiro de 2019.

Cartório Campos Barros

Selma Barbosa Ferreira Pereira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA CEL. MARCONI, 220 - CENTRO - CEP: 52020-000 - PIAUI (PI) - 0107-2102
PRINCESA ISABEL - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA.....
Em test. da verdade. Princesa Isabel - PB 20/02/2019 11:20:44
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2019-000307]ENOL:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00
SELO DIGITAL: A1A65459-WYMK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/validar>
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

PRESCRIÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 37

Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequência
382	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM	1	AMP	IM	AGORA
334	DIPIRONA 1G/2ML	1	AMP	EV	AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA SELMA RODRIGUES, 122 - CENTRO - CEP 50010-000 - JOÃO PESSOA - PB
PRINCESA ISABEL - PB
Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 08/02/2019 10:30:16
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2019-000305] ENOL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: ANX98071-00Y8
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 6812
SSEMSF 20491

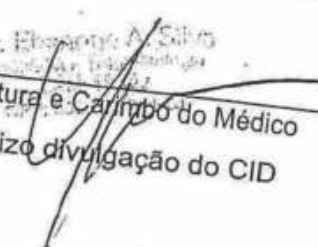
Assinatura do Profissional



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Jose Damião Pereira
foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 21/11/18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº S82.6

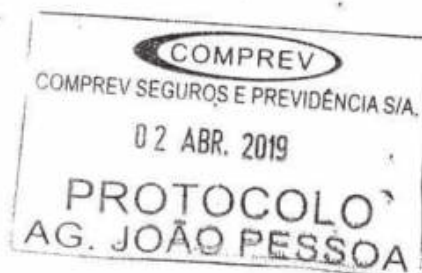
Princesa Isabel - PB 21/11/18


Assinatura e Carimbo do Médico
Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) Jonilson

Perreira

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 30 / 11 / 2018 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 04 (quatro dias)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº J0 592

Princesa Isabel - PB 30 / 11 / 2018

Dr. Jailson P. Ramos
CFM-PB 3302
CREMEPE 30437

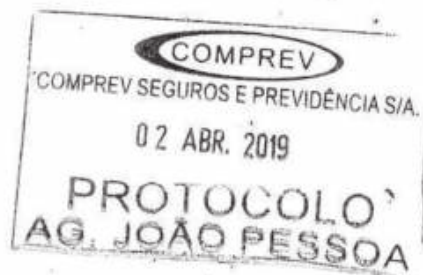
Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

Exame o S. Daniel
para ao H.R.P.I. para
colocar toda ferida

Assinatura

José Batista da Silva
Médico
(Médico / Ginecista/CRM)

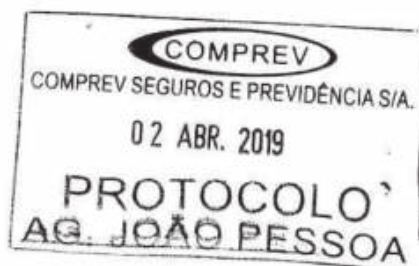
Data: 19, 11, 18º

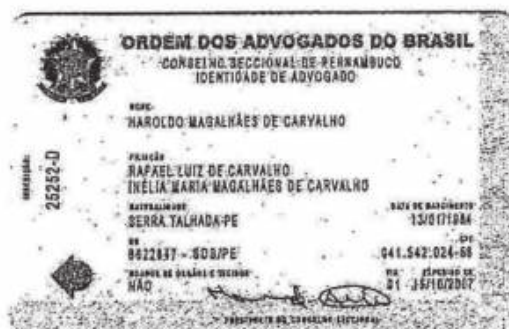
UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
NÚMERO 1.396.290 -2 VIA NOME JOSÉ DAMIÃO PEREIRA	DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2011	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO F 917	
FILIAÇÃO FRANCISCO CAETANO PEREIRA MARIA BARBOSA PEREIRA		 	
NATURALIDADE PRINCESA ISABEL-PB DOC. C/ASSIM	DATA DE NASCIMENTO 04/06/1969	<i>José Damiano Pereira</i>	
CASAM N. 6729 FLS. 66V LIV. BA19 CARTÓRIO PRINCESA ISABEL PB 708.655.154-68		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 24/05/88	
		CARTEIRA DE IDENTIDADE	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013931293121

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0088789156-0 00/00000000 2018

SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA

CPF/CNPJ 92945090449 PLACA MNK7756/PB

NOVO PB 9C2KC08106R962715

ESPECIE TIPO GASOLINA COMBUSTIVEL

PAR/MOTOCICLE/NAO APLIC ANO FAB 2006

MARKA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC PRATA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 1º 2º 3º

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 IOF (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 22/06/2018

PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 P A G O

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MANAIRA-PB LOCAL 26/06/2018

41581 20389

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013931293121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 26/06/2018

CPF/CNPJ 92945090449 PLACA MNK7756/PB

RENAVAM 0887891560 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2006 Nº CHASSI 9C2KC08106R962715

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

IOF (R\$) 0

SEGURO P A G O

DATA DE QUITAÇÃO 22/06/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

PROT. 02 ABR 2019

AG. JOÃO P. S.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

COMPREV

02 ABR 2019

AG. JOÃO P. S.

PROT. 02 ABR 2019

AG. JOÃO P. S.

PROT. 02 ABR 2019

AG. JOÃO P. S.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

