



Número: **0804951-09.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **25/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAMYLSION LUCIANO ALVES (AUTOR)	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
32420 625	17/07/2020 09:24	<u>2735406_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

Dra. Gisiane Cruz de Lima
Fisioterapeuta



0006 - Detalhado

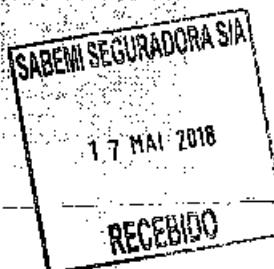
ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizerem necessários RAMYLSO LUCIANO ALVES foi vítima de acidente motociclistico no dia 17 de maio de 2015 e que em decorrência do sinistro sofreu uma lesão no joelho esquerdo que necessitou de sutura. Na avaliação a vítima apresentou-se corado, hidratado, orientado no tempo e espaço, consciente e referindo dor na região acometida mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica. O teste de compressão patelar deu positivo à visão deste examinador com crepitação ao simples movimento ativo, dor na região anterior do joelho, entre a patela e o fêmur. Essa dor é intensificada quando alguma atividade que aumenta a carga nesta articulação é realizada. Ressalto presença de cicatriz extensa e falseio de joelho esquerdo. Considero comprometimento funcional moderado para atividades laborativas e/ou da vida diária que exijam o uso do joelho esquerdo em movimentos de flexão >90° ou com carga sobre o membro que forcem a compressão sobre o joelho lesionado.

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta
CREFITO: 177553-F
CPF: 070.427.854-92

15 de maio de 2018 - Patos - PB

Gisiane Cruz de Lima
(Fisioterapeuta)



CREFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010. Dispõe em seu Artigo 1º que o Fisioterapeuta é o âmbito de sua atuação profissional e competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.



RESOLUÇÃO N°. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO n°. 381, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta
de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;
CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO n° 80, de 09 de maio de 1987;
CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO n° 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO n° 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES n° 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º - O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

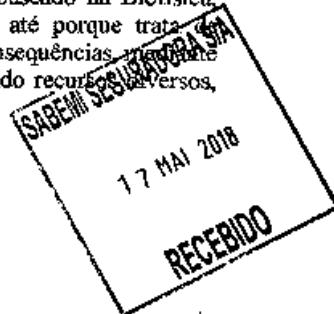
- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentadoria por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativos ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

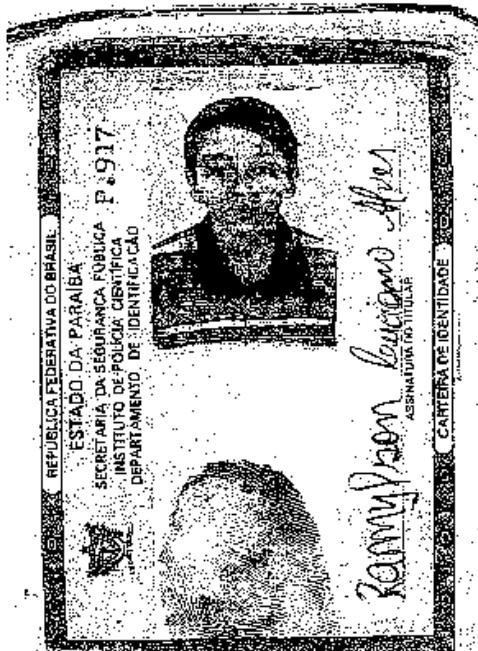
*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistência técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. *In casu*, o fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para entender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na Biofísica, Bioquímica, Cinesiologia, Biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, bem como a promoção de movimentos ativos ou passivos dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.

Atenciosamente, **Gisiane Cruz de Lima**

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 177553-F

e-mail: gclima@fisio.com.br





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



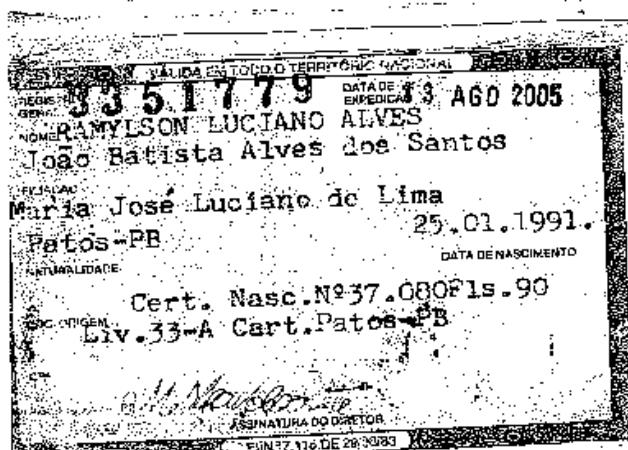
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
076.320.514-14

Nome
RAMYLSO LUCIANO ALVES

Nascimento
25/01/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
4602.A6ED.5F48.D08B

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 10:42:59 do dia 25/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDIÚY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA



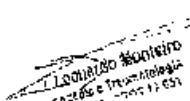
REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Luis Henrique	
DA CLÍNICA:	Cufe	INFERNAL
A CLÍNICA:	União de	
MOTIVO DA CONSULTA:	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DASSEGUA OMNIA E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
RECEBER REAGIR		LEVO
17/05/15		ASSINATURA DO MEU PARECER
DATA		

PARECER:

071-5115
(031) 3041-1000
Luis Henrique
Painel de fundo
Painel de fundo

CD 17/05/15 09:24:41



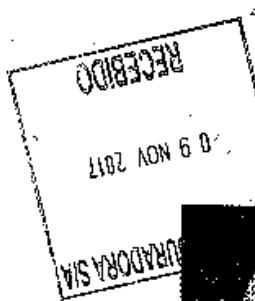
SUB		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE																						
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																								
INES:	2605473	CNPJ:	08.778.528/0023/75																					
NOOME:	HOSPITAL REGIONAL DEP JANUARY CARNEIRO																							
ENDERECO:	RUA HORACIO NOBRECA, 511																							
CIDADE:	PATOS																							
ESTADO: PARAIBA																								
UF: 25																								
Atendimento: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)																								
Paciente:	RAMYLDSON LUCIANO ALVES																							
Nascimento:	25/01/1991	Idade:	24																					
Profissão:	FUCIONARIO(PA) PÚBLICO																							
Endereço:	AUGUSTO DOS ANJOS																							
BAIRRO:	SANTO ANTONIO																							
Cidade:	PATOS - PB - 58703-000 - 25106008																							
CNS:																								
CPF:																								
Data / Hora:	17/05/2015 23:43:46																							
PESO:	PA: TEMP: 72,07																							
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)																								
<p><i>paciente ferido na</i></p> <p><i>nao tem febre</i></p> <p><i>nao tem dor</i></p> <p><i>nao tem febre</i></p> <p><i>nao tem dor</i></p>																								
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)																								
<p><i>exames realizados na unidade</i></p> <p><i>nao tem exames</i></p>																								
RESULTADOS																								
<p><i>paciente ferido na</i></p> <p><i>nao tem febre</i></p> <p><i>nao tem dor</i></p> <p><i>nao tem febre</i></p> <p><i>nao tem dor</i></p>																								
CARÁTER DO ATENDIMENTO																								
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS																								
PROCEDIMENTO Descrição:																								
DIAGNÓSTICO																								
CID-10:																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">MEDICAÇÃO</td> <td colspan="2">ENCAMINHAMENTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </table>				MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO		<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA			<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO			<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO				<input type="checkbox"/> OUTROS		
MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO																						
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA																					
		<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO																					
		<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO																						
		<input type="checkbox"/> OUTROS																						
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO																								
<table border="1"> <tr> <td>1 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1 -							2 -							3 -						
1 -																								
2 -																								
3 -																								
<p><i>Ass. dos Profissionais Assistentes - Caminhos</i></p> <p><i>Médico / Cirurgião</i></p> <p><i>ROBERTO MENEZES BEZERRA DURAS - 6508 - 170-3116-3116-0005</i></p> <p><i>ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPROSASVEL</i></p> <p><i>Policar Direito</i></p>																								
<p><i>Ass. REVISOR TÉCNICO - Caminhos</i></p> <p><i>Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Caminhos</i></p>																								

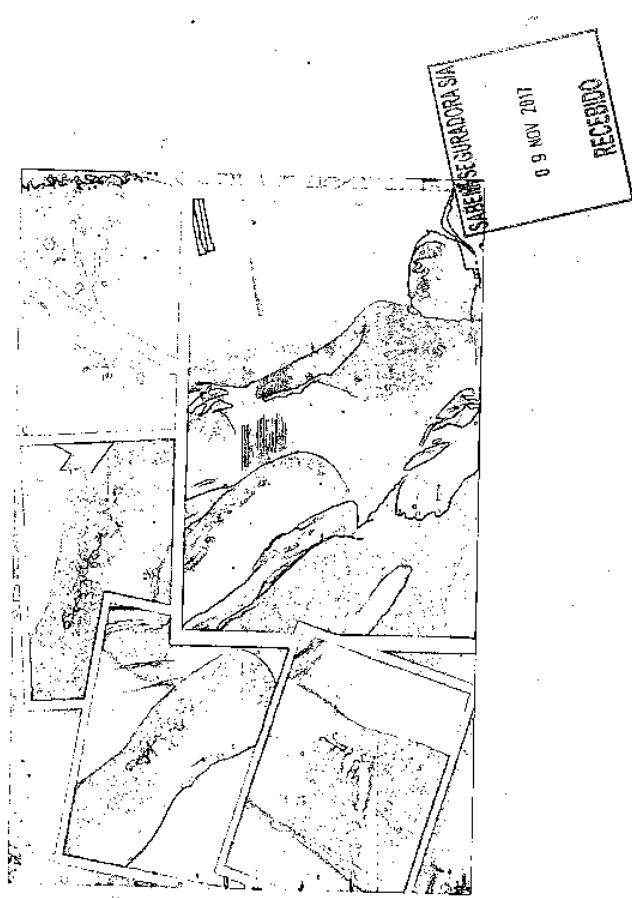


GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Leila Ferreira	ENFERMAGEM
DA CLÍNICA	Cafe	LEITO
A CLÍNICA	anexo	
MOTIVO DA CONSULTA	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Respiração curta falta de ar dor de peito		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
DATA	11/05/15	
PARECER	Profissional O paciente é paciente da Clínica Janduí Carneiro com forte antecedente de infarto agudo do miocárdio. Dr. Janduí Carneiro	
		LEONÍDIO MOREIRA TORRES Médico Especialista
		SABEMI SEGURADORA S/A 09 NOV 2017 RECEBIDO
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	







Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO CAVALCANTI MONTEIRO,
RG nº 1304910, data de expedição 11/10/2011,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 646.773.204-97, com
domicílio na cidade de PATOS, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ROSETE GOMES - JABAÍ, nº 333,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAMYLSON LUCIANO ALVES, cujo o condutor era
RAMYLSON LUCIANO ALVES.

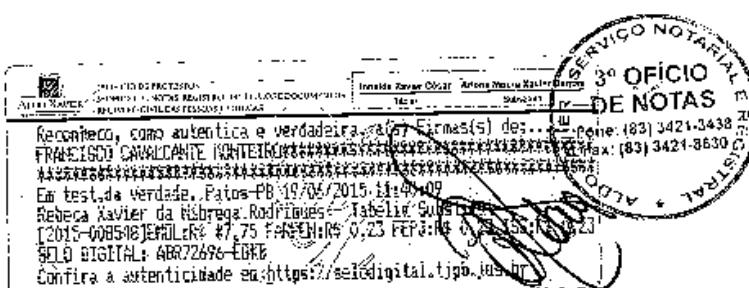
Veículo: Honda /6 150 FAN E SDI
Modelo: 2015
Ano: 2014
Placa: QFQ-2340/PB
Chassi: 9C2KCL680FR012756
Data do Acidente: 17/05/2015
Local e Data: PATOS/PB 12 de junho de 2015

Francisco Cavalcanti Monteiro

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Ramyelson Luciano Alves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM E 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 COAF²**.

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

²Conselho 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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAUJO, inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ramylson Luciano Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.320.519, 14, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ramylson Luciano Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

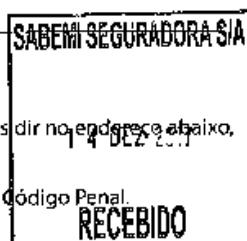
Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSU-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

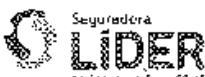


Endereço RUA TITICO GOMES	Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Estado PARAIBA	CEP 58706-480
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular(DDD) (83) 9 9655-9484

Patos - PB, 08 de Novembro de 2017
Local e Data

Emmanoela S. P. V. de Souza Araújo
Assinatura do Declarante





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVA
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Government Circular 838E34452

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC ÓPVAT 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 nº 245/12, disponível no endereço eletrônico: www.caixa.gov.br

<https://www2.SISSEP.GOV.BR/DIR/LOTECAWEB/DIRCDORIGINAL.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 **COA**².

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

³ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar e aplicar penas administrativas a pessoas que cometerem infrações ao sistema financeiro, de acordo com o art. 51 da Lei nº 5.172/68.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO, inscrito (a) no CPF 029.848.084-01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kamylyn Lúcio de Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 376.914.574-14, do sinistro de DPVAT cobertura 3º rodoviário da Vítima Kamylyn Lúcio de Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Série 455/12.

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIFICAÇÃO DE CARGAMENTO, CARTIFERA DE TRABALHO.

1.1.1. Encuesta informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço Av. NOV. 701, avenida a cotação do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email campeao@hotmail.com.br		Telefone comercial (DDD) (83) 3421-8093	Telefone celular (DDD) (83) 9 9665 9424

Porto Alegre 06 de Novembro de 2014
versão 1.0

Comissão de S. P. V. de Enseza Branco
Assinatura do Declarante

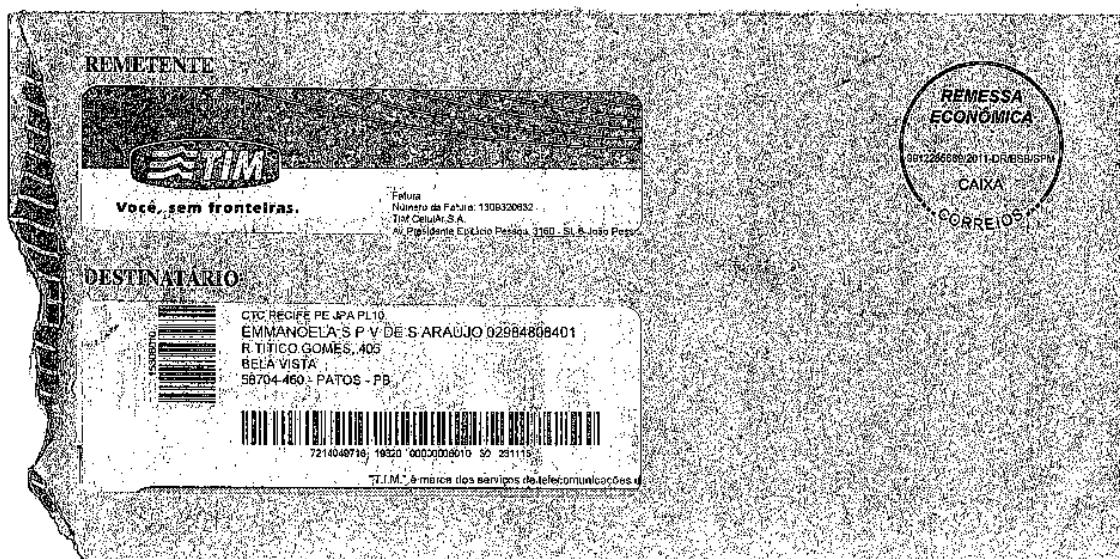
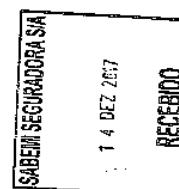
Assignment due Dec 2020

54 [2011] QBD 1460144201177



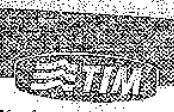
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007170924411690000031058778>
Número de documento: 2007170924411690000031058778

Núm. 32420625 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 12

**REMITENTE**

Veja, sem fronteiras.

Nome:
Edson da Fonseca, 1930050022
T.M.Gomes S/A
Av. Presidente J. Kubitschek, 3063 - 54.6 - Rio Preto
(17) 3222-2099/99-1161-1613-0004

DESTINATARIO

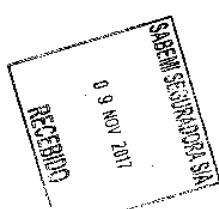
Nome:
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02064008401
R. TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58108-400 - FATOIS - PB



"L.M." a menor das condições de leitura e utilização



CORREIO CAIXA





BRASILIA/DF/2017 - Prazo de
08/11/2017 - 08/11/2017 - 08/11/2017 - 08/11/2017 - 08/11/2017 - 08/11/2017

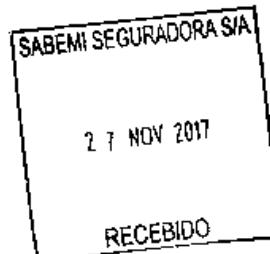
IN CO 591-11

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA
RUA 30 ALEGRE 000-000-152 PANTANAS
FACCE

5/21667-1

NOV/2017 07/11/2017 260 14/11/2017 R\$ 245,60

MARIA JOSE LUCIANO DE LIMA
Rotairo: 02-118-450-6380
83670000002-6 45000654000-9 00216672017-3 11000116013-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 15

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 **CNPJ:** 06.776.628.0023/76
NOOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS **ESTADO:** PARAÍBA **UF:** 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAMYLYSON LUCIANO ALVES **Sexo:** M
Nascimento: 25/11/1991 **Idade:** 24 **Cor:** BRANCA
Profissão: FUNCIONARIO(A) PÚBLICO
Endereço: AUGUSTO DOS ANJOS
Bairro: SANTO ANTONIO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: **CPF:**
Data / Hora: 17/5/2015 23:48:49

PESO: PA: **TEMP:** 36.5 **Num:** 145 **Foram:** (30)9863-6951 **Reg. Nas:** 7207

Identidade: **Reg. Nas:** **Acionista:** Ingrid **Ficha Número:** 63282

Carimbo: *Carimbo de identificação* **ÓRGÃO:** *Órgão*

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO
 02 - URGÊNCIA
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROcedimento Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO **ENCAMINHAMENTO** **INTERNAÇÃO**
 1. PRESCRITA OBSERVAÇÃO RESIDÊNCIA
 2. APlicada OUTRO HOSPITAL ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - **2 -** **3 -**
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

RESULTADOS

Médico / CRM / CNS: ROBERTO MENEZES BEZERRA DIAS - 6598 - 170-3110-3116-0005 **CBO:**
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPOSISSAVEL: **Primer Direito**
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo **ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Ramysson Lucciano Alves

RG nº 3355 779, data de expedição 13/08/05, Órgão SSP PB,

CPF nº 076.320.534-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Engº Augusto das Santas</u>
Número	<u>352</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santo Antônio</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>53700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)3421-8003 (83)9655-9484 (87)9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos, 03/06/15



Assinatura do Declarante: Ramysson Lucciano Alves





Rua Feliciano Cima, s/n - Jaguariúba - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 00.123.654/0001-97

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

28809698

REFERÊNCIA

JUN/2015

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUZIA ALVES

RUA ESC RUGUSTO DOS ANJOS, 152

SANTO ANTONIO

58701-050

PRTO8

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
075.02.535.0039	000		0

Hidrômetro : Data da Instalação : Localização : Situação Água : Situação Esgoto
Y11XX168459 : 04/11/2011 : L : LIGADO : POTENCIAL

ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (m³) / NUM. DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA

587 - 609 : 22 : 29 : 02/07/2015

HIST. DE CONS./ANOS. LEITURA: AQUALÓ. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

DEZ : 20 - 0 : 1 : NÚMERO DE ANOBRAS

JAN/2015 : 26 - 0 : 1 : PARÂMETROS : VALORES

FEV/2015 : 24 - 0 : 1 : TURBIDEZ..... : 0.57

MAR/2015 : 22 - 0 : 1 : COR..... : 12.3

ABR/2015 : 20 - 0 : 1 : CLORO..... : 1.7

MAI/2015 : 24 - 0 : 1 : COLIFORMES TOTAL..... : 0.0

MÉDIA(M) : 22 : DADOS REFERENTES A:ABR/2015

DATA DA LEITURA: 02/06/2015 HORA DA LEITURA: 07:50:55

DESCRIÇÃO CONSUMO VAL ÁGUA VAL ESGUTO TOTAL(m³)

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10. 26,93 26,93

DE 11m A 20m 1 3,47 3,47

COMERCIAL CONSUMO ATÉ 10m³ 10. 48,06 48,06

ACIMA DE 10m³ 1 8,32 8,32

TOTAL: 66,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,03 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

18/06/2015

Total a Pagar:

R\$ 86,78

14.4

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA6 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO
CERTIFICAR: NORMAL
POSTO/CA DE DEB. ANTERIOR(ES): EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.
INFORMAÇÕES GERAIS: SEJA DODOR DE ORGAOS AVISE A SUA FAMÍLIA



SABEM SECURADORA S/A

09 NOV 2017

RECEBIDO

0261000000-7 88780010822-9 88096980620-6 1500000002-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ruamylson Luciano Alves, portador da carteira de identidade nº 3353 779 e inscrito no CPF/MF sob o nº 076.320.514-14, residente e domiciliado na Rua Eze. Augusto dos Anjos, Cidade Patos, Estado PB, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patos, 09/06/09

Local e data





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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Ramylson Luciano Alves | CPF da Vítima 076.320.514-14 | Data do Acidente 17/05/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<u>Emmmanoela@hotmail.com.br</u>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

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 perfeita aplicação da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do artigo 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.

SUBSEM SEGURO LÍDER

14 DEZ 2017

RECEBIDO

Ponta - PB 08 de Novembro de 2017

Local e Data

Ramylson Luciano Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1.001 V001/2017



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
15ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel./Fax: (83) 3423-2553



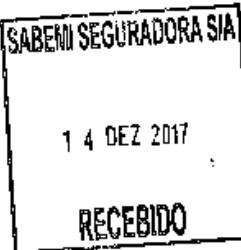
CERTIDÃO

CERTÍFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial N° 2813/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos CINCO (05) dias do mês de JULHO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES, Compareceu o (a) Sr.(a) RAMYLSON LUCIANO ALVES, Brasileiro(a), RG 3351779 SSP/PB, CPF 076.320.514-14, data de nasc.25/01/1991, natural de Patos/PB, Filho(a) de João Batista Alves dos Santos e Maria Jose Lucciano de Lima, Residente no(a) Rua Augusto dos Anjos, 152, Santo Antonio, Patos/PB Tel. (83) 9.9384.4520, a fim de prestar a seguinte ocorrência:

QUE, na data 17/05/2015, por volta das 23:00 horas, conduzia a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa QEQ-2370/PB, licenciada em nome de FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO, na estrada que liga as cidades Patos/PB X São Jose de Espinharas/PB, quando em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu. Que, foi socorrido por terceiros, e levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havido a relatar, encerro à presente certidão que, lida e achada conforme, vai devolvida à relatora e assinada por mim. Eu, Escrivão de Policia, que o digitei. O referido é verdade. Diz Ié. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, da C.P.B. Falsidade Ideológica - Penas: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Noticiante: Ramylson Luciano Alves



Patos/PB, 05 de julho de 2016.

Ana Maria da Cruz Leandro
Mat. 138.428-1

ALDO SAVIER - SERV. NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 214 - Centro CEP: 58700-000
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunha da verdade.
Patos/PB 17/10/2017 19:45:29
Biaia de Souza Santos - Fábio Lino Substituto
[2017-021740] ENOL:PS 2,31 FAPEN:R\$ 0,27 FEPUS:R\$ 0,40 ISSN:2170-0007
SELO DIGITAL AF/20392-XLR
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



ESTA OCORRÊNCIA NÃO SUBSTITUI A APRESENTAÇÃO DO (S) DOCUMENTO (S) SUBTRAÍDO (S) NELA DESCrito(S).





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCUÍTO



10014*

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
3140600922

CPF da Vítima
076.320.514-14

Nome completo da vítima
Ramylson Luciano Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Ramylson Luciano Alves	076.320.514-14	Autônomo	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Eric Augusto dos Anjos	152	Cara	
Bairro	Estado	CEP	
Santo Antônio	PB		
Email	Telefone (DDD)		
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 9 9655-8484		

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 type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	NRG		
Caixa Econômica Federal 104			
AGÊNCIA NRG	D/V	CONTA NRG	D/V
0063		00027375	
(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.

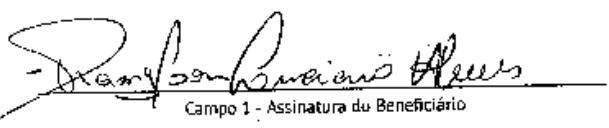
SABEMI SEGURADORA SIA

Patos PB 27 de Novembro de 2017

Local e Data

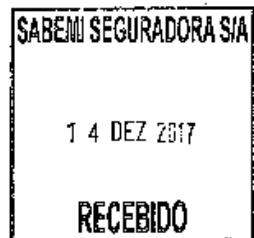
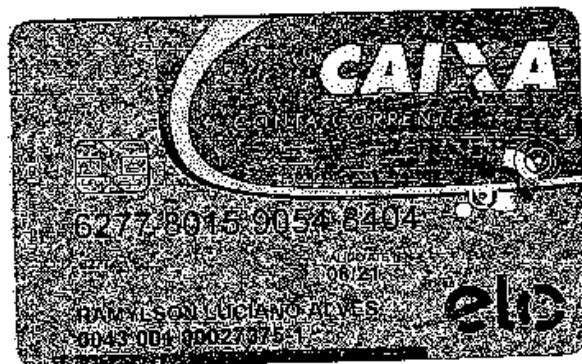
14 DEZ 2017

RECEBIDO


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 23

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA JUSTIÇA
3^ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA
15^ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA
PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410. - Tel./Fax: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal da pessoa interessada, que, revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial N^º 2813/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos CINCO (05) dias do mês de JULHO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Compareceu o (a) Sr. (a) **RAMYLSOM LUCIANO ALVES**, Brasileiro (a), RG: 3351779 SSP/PB, CPF: 076.320.514-14, data de nasc. 25/01/1991, natural de Patos/PB, Filho(a) de João Batista Alves dos Santos e Maria Jose Luciano de Lima, Residente no(a) Rua Augusto dos Anjos, 152, Santo Antônio, Patos/PB, Tel. (83) 9.9384.4520, à Fim de prestar a seguinte ocorrência:

QUE, na data 17/05/2015, por volta das 23:00 horas, conduzia a moto de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa QFQ-2370/PB, licenciada em nome de FRANCISCO CAVALCANTE MONTEIRO, na estrada que liga as cidades Patos/PB x São José de Espinharas/PB, quando em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu. Que, foi socorrido por terceiros, e levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Catneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havidic à relatar, encerro a presente certidão que, lida e achada correta, foi devidamente datada e assinada por mim, Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido 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, de C.P.B., Falsidade Ideológica - Pena: Recusão de 1 (um) a 3 (cinco) anos).**

Noticiante: RAMYLSOM LUCIANO ALVES

Patos/PB, 05 de julho de 2016.

Leandro
Ana Maria da Cruz Leandro
Matr. 32.428-7



ESTA OCORRÊNCIA NÃO SUBSTITUI A APRESENTAÇÃO DO (S) DOCUMENTO (S) SUBTRAÍDO (S) NELA DESCrito (S).



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221304 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 de **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e com impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

Escrivário 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 da Síntese ou ASL

CPF दंत विभाग

Mostrare completo da ultima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL		
Nome Completo	CPF ou Número do certificado de nascimento	Profissão
Edmílson Soárez Alves	046 320 514-16	Advogado
Endereço	Número	Complemento
Rua São Domingos, 152	152	Centro
Brumado	Estado	CEP
BA	PB	58000-000
E-mail	Telefone (DDD) (83) 9 9655-9484	
emmanoela@hotmail.com.br		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 (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	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
Informar dígito se exceder		Informar dígito se exceder	

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

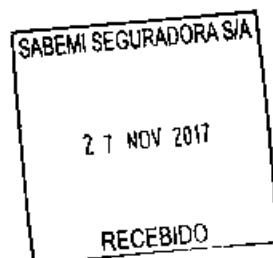
Pater PB zif. de Novembre de 2017

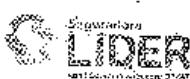
Locality

2. - Assinatura do Representante

Capítulo 2 - Assinatura e Representação Legal







**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA DE SINISTRO
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 221204, para nossas consultas e denúncias.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e/ou **funcionário**, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos podem impedir o banco de creditar o pagamento.

A conta terá forma de prévia ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, seja dividida ou não, e sem impedimento para o crédito de indenização/ reembolso.

3.2. Criterios Represivos en el Legal Paralelo

Beneficiário entre 0 a 18 anos (pai, mãe, tutor) ou e Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apesar 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, Tuto). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo "Assinatura do Representante Legal").

© 2009 by Victoria Au 88

1082/2000

846.320.516.19

NAME _____

Ramphornus leucostoma Alvez

PARÓS DO RECEBEDOR DA INSTRUÇÃO: REVISÃO DA PROPOSTA DE UMA

Nome do beneficiário: Ramylva Luciano Alves CEP número da conta: 070.320.541-14 Profissão: Estudante
Endereço: Rua 256, Setor das Arvores Número: 152 Complemento: Centro
Cidade: Pato Branco Bairro: Ribeirão CEP: 58301-000
Email: eramanoela@hotmail.com.br Telefone: (45) 3001-0001

Declaro, sob as penas da lei, o que consta no meu currículo, que sou proprietário da Seguradora Lider - DPVAT, responsável no endereço: Rua 25 de Março, 1000 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01030-000, e que sou o sócio da Lider Seguradora, que é a responsável pelo pagamento da taxa de seguro DPVAT.

CAIXA DE PENDA MENSAL E PÁGINAS MANTÉM

13 RECEBIMENTO (informações)	14 SEM BANCO,	15 ATÉ R\$ 5.000,00	16 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
17 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	18 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	19 ACIMA DE R\$ 5.000,00	
<p>12 CONTA PECULIAR (Compte Béte ou Conta de abastecimento de Água e outras empresas).</p> <p>13 BANCOS (227) 14 BANCO DO BRASIL (009) 15 ITAÚ (341)</p> <p>16 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</p>			
AGÊNCIA	CÓD.	CÓD.	CÓD.
101	101	101	101
<p>17 (informações digitadas em escala) 18 (data para débito se possível)</p>			

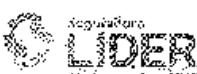
Declaro que os déodos bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, notifico a Seguradora Cisder a efetivação do pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivação o crédito, reconheço e dou plena ciência da validade da indenização.

Porto - Rio 18 de Novembro de 2017

SABESP SEGURODORA SIA
09 NOV 2017
RECEBIDO

Gênero 1 - Assinatura do Beneficiário

Figure 3. Mean (± SE) τ for 1000 simulations.



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM DEVIDO TRIBUTO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

ଓঁ পুরুষ পুরুষ

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraifder.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221206 ou 0800 0221206 (exceto dias feriados, com deficiência auditiva).

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Na cessão só o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, de forma correta, para permitir a análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem a banca de credito de pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESSEANTE** (caso este deve estar regularizada, ativa, devidamente e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso).

É o(a) seu(a) 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 “Assinatura do Representante Legal”).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado pelo seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor, Conservador) que deverá ser preenchida com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Nome completo da vítima: *Ronaldo Henrique Alves*

DA TOSCO BÉCCEBOOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Romualdo Luciano Alves CPF (Régua de Santo Antônio): 016.300.310-19 Profissão: Editora
Endereço: Rua Ex. Segundo dos Amorim Número: 152 Complemento: Centro
Bairro: Centro Cidade: Porto Velho Estado: Rondônia CEP: 58201-000
Email: emmandela@hotmail.com.br Telefone (DD): (69) 2.9455-9181

Declaro, sob as penas da lei, a parcialidade de prova de residência jurídica à Seguradora Líder - DPVAT, residindo endereço acima. Segue, anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MÉSAL E DADOS BANCÁRIOS

10) INÍCIO DE REFERÊNCIA	01/01/2010	11) FIM DE REFERÊNCIA	31/03/2010
12) SALDO INICIAL	R\$ 5.000,00	13) SALDO FINAL	R\$ 5.000,00
14) CONTA DEPOIMENTO (Indique se não há depósitos abertos. Assinale sim ou não)			
<input checked="" type="checkbox"/> DEPOIMENTOS NOS BANCOS <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) - RJ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)			
15) CONTA CORRENTE (excluindo bancos)			
BANCO: Agência: Caixa Econômica Federal 564			
16) CONTA DEPÓSITOS	000	17) CONTA SAÍDAS	000
18) CONTA DEPÓSITOS	000	19) CONTA SAÍDAS	000
20) INFORMAR SE EXISTE		21) INFORMAR SE EXISTE	
<input type="checkbox"/> Informar se existem depósitos abertos <input type="checkbox"/> Informar se existem saídas abertas		<input type="checkbox"/> Informar se existem depósitos abertos <input type="checkbox"/> Informar se existem saídas abertas	

Declaro que os débitos bancários são de minha titularidade e, comprovação a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DP/AT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Poetas - Rio 08 de Novembro de 2014.
Conselho de Poetas

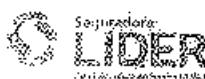
SABEMI SEGUROADORA S/A
09 NOV 2017
RECEBIDO

ເລືອດອັນຊາ: Assistant: ໂດຍ ເວັບເຖິງ

3.4.2.3 - Assinatura da Representação Fical

54007-03616000-2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA 29245181
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 221204 (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 erros, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de credito 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/tempos.

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

Nome completo da vítima: **Ramylson Luciano Alves** | CPF da vítima: **046.320.514-14** | Nome completo da vítima: **Ramylson Luciano Alves**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDEMNIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ramylson Luciano Alves	CPF titular da conta	046.320.514-14	Profissão	Estudante
Endereço	Dona Ema Augusto da Cunha	Número	132	Complemento	Casa
Estado	Santa Catarina	Estado	SC	CEP	88401-050
RG	123456789	Telefone (DD) (0800)	1800 98666 9404		
email	efromaneola@hotmail.com.br				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> INCLUSO 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
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (já todos os bancos)			
BANCO Agência Número Agenç Número Informar dígito se existir			
BANCO Agência Número Agenç Número Informar dígito se existir			

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

Patos - PR, 08 de Novembro de 2017.
Data/Local/ Data

Suelio Luciano Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FASE 001/001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 30

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13047537

A/C: RAMYLSN LUCIANO ALVES

Nº Sinistro: 3170600922
Victima: RAMYLSN LUCIANO ALVES
Data do Acidente: 17/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAMYLSN LUCIANO ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 0000027375-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170600922**

Nome do(a) Examinado(a): **RAMYLSON LUCIANO ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ESCRITOR AUGUSTO DOS ANJOS nº 152 - SANTO ANTÔNIO - PATOS/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3351779 - SSP**

Data e local do acidente: **17/05/2015 PATOS/PB**

Data e local do exame: **06/06/2018 PATOS/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/05/2015 COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APOS UM PERÍODO DE 24 HORAS, PERMANECEU POR UM PERÍODO DE 60 DIAS SEM EXERCER CARGA SOBRE O MÉMBO ACOMETIDO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA ESTRESSE EM VALGO (2+/3+), FALSEIO E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **JOELHO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**

Sinistro: 3170600922
Vítima: RAMYLSON LUCIANO ALVES
Data do Acidente: 17/05/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170600922** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Nº Sinistro: **3170600922**
Vitima: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Data do Acidente: **17/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médica-hospitalar não conclusivo

Pag. 00335/00336 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

Carta nº 12181570

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 34

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Nº Sinistro: **3170600922**
Vitima: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Data do Acidente: **17/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 01085/01086 - carta_03 - INVALIDEZ

00050543


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

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

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

Carta nº 11972311

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



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Nº Sinistro: **3170600922**
Vitima: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Data do Acidente: **17/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170600922**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Pag. 01067/01068 - carta_03 - INVALIDEZ

00050534


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

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

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

Carta nº 12057776

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



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**

Nº Sinistro: **3170600922**
Vitima: **RAMYLSON LUCIANO ALVES**
Data do Acidente: **17/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170600922**.

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 11969415

Pag. 00207/00208 - carta_01 - INVALIDEZ



00020104



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: 12/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAMYLSON LUCIANO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000027375-1

Nr. da Autenticação AD596BE7028694B9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 38



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

ESTUDANTE:
Nome: Ramylson Luciano Alves
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Autônomo
Identidade: 3351779 CPF: 076.320.314-14
Endereço: Rua Augusto dos Anjos 145 Santa Antoni
Pecém RN

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 – Bairro: Bela Vista – CEP: 58704-460 – Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ramijon Luciano Alves

400
MILLER

Printed on 04 November 2017

Locale data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

SABEMI SECURADOURA S/A

14 DEZ 2011

RECEBIDO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170600922 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAMYLSN LUCIANO ALVES **Data do acidente:** 17/05/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/05/2015 COM DIAGNÓSTICO DE LESÃO LACERANTE EM JOELHO ESQUERDO. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM JOELHO ESQUERDO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, PERMANECEU POR UM PERÍODO DE 60 DIAS SEM EXERCER CARGA SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 3 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
APRESENTA ESTRESSE EM VALGO (2+/3+), FALSEIO E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 25°

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total		6,25 %	R\$ 843,75	

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/07/2020 09:24:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071709244116900000031058778>
Número do documento: 20071709244116900000031058778

Num. 32420625 - Pág. 40

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Ramulson Luciano Alves
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Funcionário
Identidade: 2850729 CPF: 046.380.371-14
Endereço: Rua Augusto dos Anjos, 145, Santo Antônio
Patos-PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP:
58704-460 - Patos-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório -DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Ramulson Luciano Alves

Patos-PB 09 de Novembro 2017

Local e data

Ramulson Luciano Alves

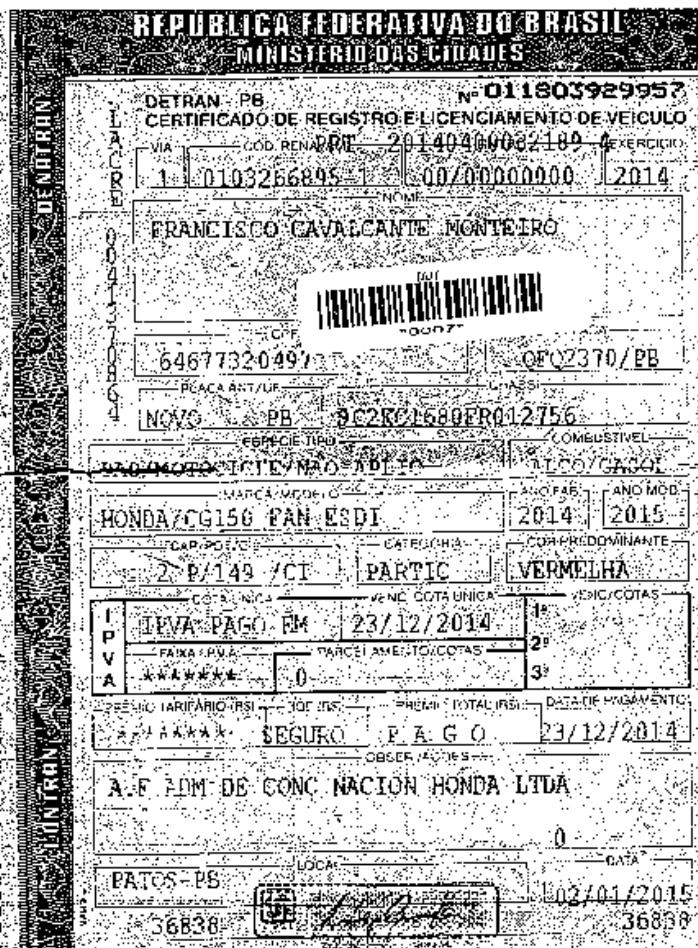
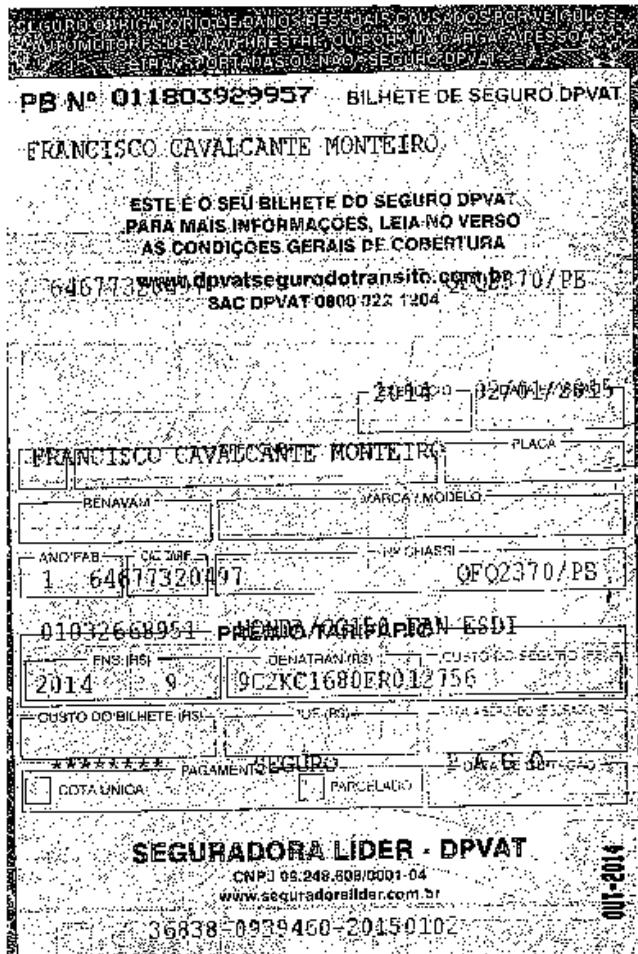
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

ISABELI SEGURADORA SIA

09 NOV 2017

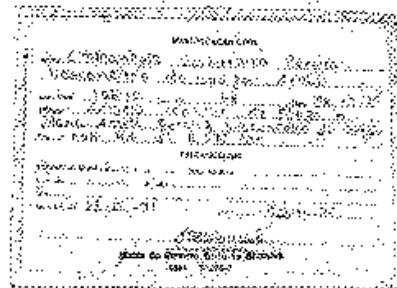
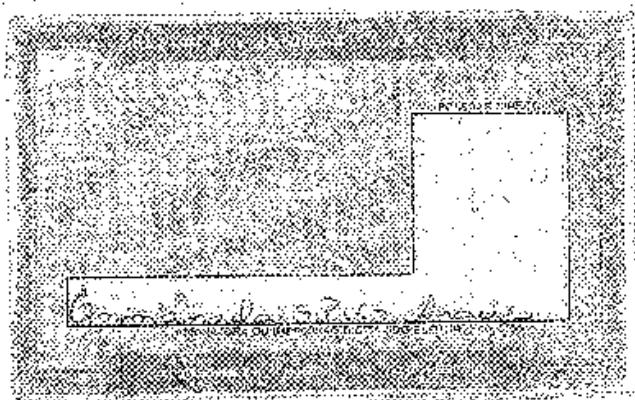
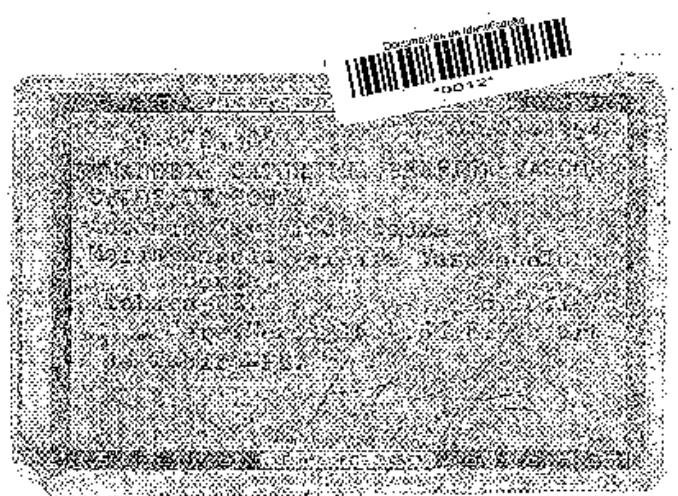
RECEBIDO





A rectangular stamp with a double-line border. The text 'SABESP SEGURADORA S/A' is at the top, '09 NOV 2017' is in the center, and 'RECEBIDO' is at the bottom.







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número:
029 846 084-01

Nome:
EMMANEILA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento:
28/10/1975

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

EMMANEILA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA

029/10/1975	0461 3120 0537	050 0030
TABIRAPÉ		15/05/2013

