



21/07/2020

Número: **0804685-56.2017.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro**

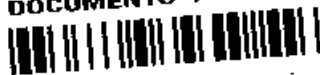
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE VALTER PEDRO DA SILVA (AUTOR)		GABRIEL FELIPE OLIVEIRA BRANDAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32523 230	21/07/2020 14:33	2736463_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

DOCUMENTO 1 : "T1%"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Bruno Oliveira de Oliveira

RG nº 37380243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP - PB,

CPF nº 067.494.194-94, 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 Horácio Nobrega</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.704-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9660-2901</u>
E-mail	<u>oliveira-eliano.advocacia@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

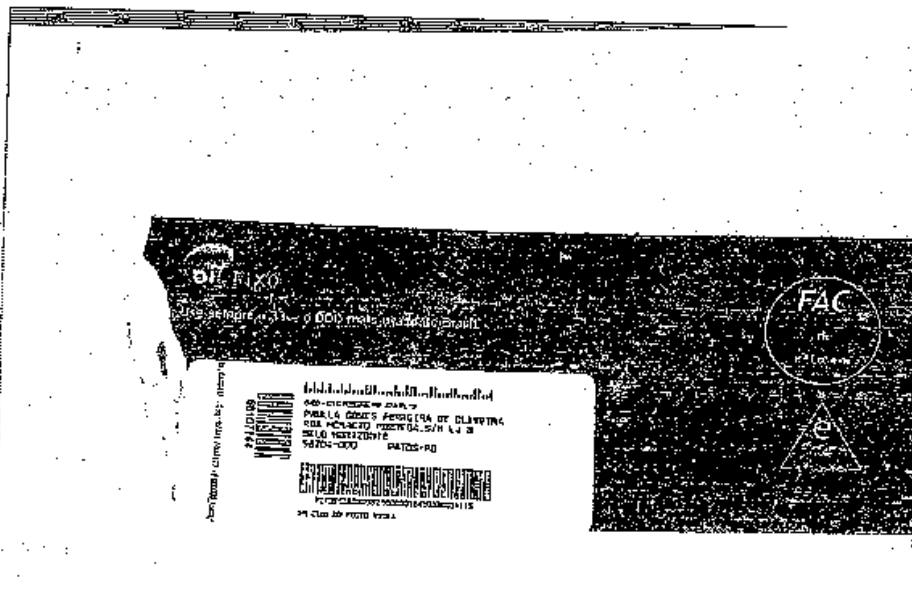
Local e Data: Patos - PB

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016





ARUANA SEGUROS
05 MAI 2016



CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

FEV/2016

JOSE VALTER P. DA SILVA
RLA SEVERINO SOARES S/N

CENTRO

58701-380

PATOS

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.09.260.0279		0	Bancos	Cooper	Imobili	Dólar	67466753
Hidrometro Y04X025789	Data de Instalação 24/11/2004	Localização 4	1	0	0	0	Situação Água LIGADO Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1377	1381	4	33	15/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
AGO/2015	2	0	NUMERO DE AMOSTRAS	
SET/2015	3	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
OUT/2015	3	0	COLIFORMES	0 0 0
NOV/2015	3	0	COLIFORMES	91 95 95
DEZ/2015	4	0	CLORO	91 95 95
JAN/2016	4	0	TURBIDEZ	45 80 80
MEDIA(M)	3		DADOS REFERENTES A:DEZ/2015	

DATA DA LEITURA:	16/02/2016	HORA DA LEITURA:	11:19:07
DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78	
			TOTAL(R\$)
			R\$32,78
047-JUROS DE HORA			R\$0,39
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$0,53

VALOR APROXIMADO DE TRINTOS. R\$3.03 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

R533, 70

v.15.7 R.-1.0



INDICACAO DE LEITURA: REALIZACAO
INDICACAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(N) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

2. MULHER QUE SE AMA, SE CUIDA. OUTUBRO ROSA - CAMPANHA EM PROL DA
DETECCAO PRECOCE DO CANCER DE MAMA"



CAGEPA
COMPANHIA DE GÁS E ENERGIA DE PARECÍBARI

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
67466753	FEB/2016	27/02/2016	R\$33,70

* 767000000000-1 33700010826-2 74667530220-0 160000003002-8

DOCUMENTO 2 *T2%*



ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE VALTEIR PEDRO DA SILVA

RG nº 3620 985, data de expedição 11/03/1991, Órgão SSP-PB,

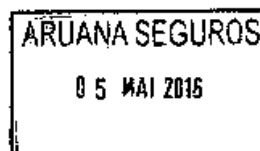
CPF nº 728.752.914-9 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

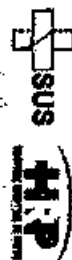
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SEBASTIÃO SOARES</u>
Número	<u>614</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PATOS</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58703-380</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99950-3948 / 9.9991-0193</u>
E-mail	<u>VALTEIRAMARA@LIVE.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS - PB, 23 ABRIL DE 2016

Assinatura do Declarante: Jose Valteir Pedro da Silva





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2505473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO) ✓

Paciente: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA ✓

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Nascimento: 20/10/1967 Idade: 48 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: PEDREIRO

Endereço: RUA SEVERINO SOARES

Bairro: MATERNIDADE

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

Num.:
Fone: (83)9576-3845

CNS: Identidade: 1520985 SSPPB

CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: Tais

Data / Hora: 4/12/2015 19:17:12

Ficha Número: 104401

PESO: 70,6 203,5 82,3 81,8 80,6 80,6 14009

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paula

Paula

Paula

Paula

Paula

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Paula

Paula

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Suelio

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

Paula

DIAGNOSTICO

Paula

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2.										
3.										

Ass. dos Profissionais Assistentes - Cálculos

Paula

Paula

Paula

Paula

Paula

Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. REVISOR TÉCNICO - Cálculo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Cálculo

Ass. REVISOR TÉCNICO - Cálculo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Cálculo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Cálculo

DOCUMENTO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ROSE VALTER PEDRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 1620985 e inscrito no CPF/MF sob o nº 728752914-91, residente e domiciliado na RUA SEBASTIÃO SOARES, S/N, CENTRO, Cidade PAROS, Estado PARAÍBA, 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.

DOCUMENTO 3 "T34"

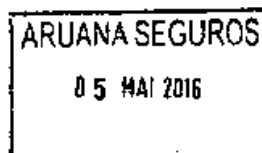


Rose Valt. Pedro da Silva

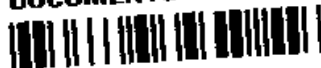
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PAROS-PB, 14, 15 ABRIL DE 2016

Local e data



DOCUMENTO 1 "T10"



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

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 1330/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos VINTE TRÊS (23) dias do mês de MARÇO 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) JOSE VALTER PEDRO DA SILVA, brasileiro(a), RG 1620985 SSP/PB, CPF 728.752.914-91, nascido em 20/10/1967, natural de Santa Terezinha/PB, Filho(a) de Inácio Pedro de Souza e Maria das Neves da Silva, Residente na Rua Severino Soares, s/n, Jd. Guanabara, Patos/PB, tel. (83) 99836.9179, a fim de prestar a seguinte ocorrência:

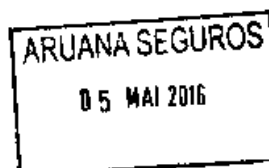
QUE, na data 04/12/2015, por volta das 19:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa OFD-8043/PB, Cód. Renavam 0100125668-6, licenciada em nome do notificante, quando no bairro Bivar Olinto, nesta cidade, foi abalroado por um veículo que avançou o cruzamento indevidamente; Que, não foi possível identificar o referido veículo, porque o mesmo se evadiu do local; Que foi socorrido por terceiros e levado para o Hospital Regional de Patos.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai 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, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Noticiante: Jose Valtir Pedro da Silva

Patos/PB, 23 de março de 2016

Ana Maria da C. Leandro
Agente de Investigação Pol. Civil.
MT 138.428-7



**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

Nome do(a) Examinado(a): Jose Valter Pedro da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Soares, S/N
Centro Patos PB CEP: 58701-380
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1620985
Data local do exame: [25/05/2016] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
AO EXAME PRESENÇA DE CICATRIZ NORMOTRÓFICA EM FACE ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM
NODULAÇÃO ENDURECIDA EM EXTREMIDADE DISTAL COM CREPTAÇÕES GROSSEIRAS A MOBILIDADE DO
OMBRO. DOR E LIMITE MODERADO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

NO MOMENTO INFORMA DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. NEGA USO DE MEDICAÇÃO ATUAL.

Data da alta: 04/03/2016

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS. REALIZOU
SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.**

Complicações: NDN

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITE MODERADO DA ADM DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(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):

Ombro - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

EXAMINADO INFORMA PASSADO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA AOS 15 ANOS DE IDADE, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. BEM COMO ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 2014 COM TRAUMA EM MÃO ESQUERDA.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183-PB/CREMEPE 19994
CPF: 587.738.514-34



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2016

Carta nº: 9150867

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vitima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 000000004345-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00529/00530 - carta_15R



00030265





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 081101116

DOCUMENTO 1 - T1%



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rose Uniter Pedro da Silva,PORTADOR(A) DO RG Nº 1620985 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 11 / 03 / 1991 ECPF 728752944-93 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Advogado

E RENDA MENSAL DE R\$ Atorno (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rose Uniter Pedro da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1563-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0004345-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Páror - PB, 13 de Abril de 2016.

LOCAL E DATA

Rose Uniter Pedro da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/07/2020 14:33:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072114334042800000031154102>

Número do documento: 20072114334042800000031154102



ARUANA SEGUROS
05 MAI 2016





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9078335

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vítima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01423/01424 - carta_02



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9065876

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vitima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01215/01216 - carta_01



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000004345-1

Nr. Autenticação

BRADESCO3005201605000000000023701563000000004345168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/07/2020 14:33:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072114334042800000031154102>

Número do documento: 20072114334042800000031154102



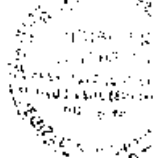
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE LAUREN PERNO M STUM
brasileiro, estado civil _____, profissão _____
portador do CPF 728.752.934-8 e RG 1620 985
residente e domiciliado Rua SEVERINO SOARES, S/N
Bairro Centro, na cidade de PATOS - PB, CEP.: 58401-380.

OUTORGADO: **DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro – Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.


PATOS - PB, PB 13 / ABR / 2016.



Suelio Moreira Torres

Outorgante

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



DINAMÉRICO WANDERLEY
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Rua José de Almeida, 111 - Centro
 CEP: 54200-000 - Patos - PB
 Tel: (83) 3421-2795
 Fax: (83) 3421-6020

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....
JOSE WALTER PERRO DA SILVA
 Em test. da verdade. Patos-PB 23/03/2016 11:02:40
 ZIZETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
 [2016-006537] JEMOL: R\$ 18,49 CARPENHA: 0,25 FEPTJ: R\$ 1,00 VCS: R\$ 0,20
 SELO DIGITAL: ADM41235-0000
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

2º OFÍCIO DE NOTAS
 Fone: (83) 3421-2795
 Fax: (83) 3421-6020
 Patos - PB



DOCUMENTO 6 "T6%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011754418940
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Nº 0150400006278
 0100125668-6 00/00000000 2015

JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

72875291491 PLACA OFD8043/PB

NOVO PB 202KG 68UER529088

PAS/MOTOCICLETA 125 ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 - 2014

CAP/POT/CIL 2 F/149 /GI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA PAGO EM 16/03/2015 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. COTAS

PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TAFIÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 16/03/2015

A.F. ADM. DE CONC. NACIÓN HONDA LTDA /

PATOS - PB LOCAL DATA 16/03/2015

36838 38857

ARUANA SEGUROS
 05 MAI 2016



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160286148 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2015 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME PRESENÇA DE CICATRIZ NORMOTRÓFICA EM FACE ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM NODULAÇÃO ENDURECIDA EM EXTREMIDADE DISTAL COM CREPTAÇÕES GROSSEIRAS A MOBILIDADE DO OMBRO. DOR E LIMITE MODERADO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

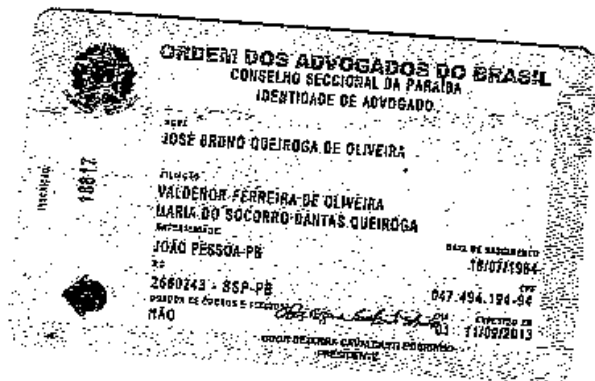
CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 3 *T34*



ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/07/2020 14:33:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072114334042800000031154102>

Número do documento: 20072114334042800000031154102

Número 22.114 Série 00008

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Polícia Direita

Assinatura do Portador
Jose Valtir Pedra do Vali

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose Valtir Pedra do Vali

Loc. Nasc. Santa Luzia

Est. Paraná

Filiação Amalia Pedra do Vali

Silva

Est. Civil Solteiro Doc. Nº 3200

Fis. 134 Liv. A-1 Reg. Civil Paraná

Outro doc. Cart. S. Diplo. Militar

Situação Militar: Doc. Cart. S. Diplo. Militar

Nº 88.6482 Origem Mo. CSM Est. PR

Naturalizado Deq. Nº Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 14.02.88 Exp. em 14.02.88

Doc. Ident. Nº DR

Estado PR

Obs. DR

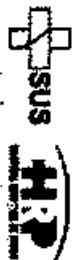
Data Emissão 14.02.88 DRT PR

Assinatura do Funcionário DR

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 06.776.268/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 26

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Mae: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Nascimento: 20/10/1967 Idade: 48 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: PEDREIRO

Endereço: RUA SEVERINO SOARES

Bairro: MATERNIDADE

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 25/10/2015

CNS: Identidade: 1620985 SSPPB

CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: Thaís

Data / Hora: 4/12/2015 16:17:12 Fichs Número: 104401

PESO: 70,6 3035,8234,8065 TEM: 14008

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)

Qual o problema?

Qual o exame físico?

REVISADO
Em 04/12/2015
Selo Municipal de Saúde

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Suelio Torres

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

Procedimento de atendimento

DIAGNÓSTICO

Fratura de clavícula

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2.										
3.										

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carimbo

Dr. Marcelo Alves

Medico / Cmt / Cms

TEÓFILO GREGÓRIO DE ANDRADE - 2663 - 700-0036-8089-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

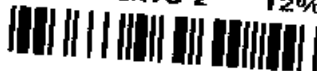
ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

DOCUMENTO 4



DOCUMENTO 2 - T2%b-



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO QUARANTA LEOCUM, portador(a) do

RG nº 2680 243, expedido por SJP-PB, em

11/09/2018, CPF/CNPJ nº 047.494.194-94,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSE

VALERIA PEREIRA DA SILVA do mundo sinistro de DPVAT da natureza INUNDAÇÃO

da vítima JOSE VALERIA PEREIRA DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REVISOR Renda Mensal: R\$ REVISOR

Documentos comprobatórios: DAB 188

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2018

