



Número: **0808006-53.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCELO LUCAS DA SILVA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34947729	30/09/2020 16:21	2753574_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8740173

A/C: MARCELO LUCAS DA SILVA

Sinistro: 3160007402
Vítima: MARCELO LUCAS DA SILVA
Data Acidente: 30/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCIENE FERNANDES LEITE

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. 01375/01376 - carta_02





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
10ª Seccional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C.Grande/PB Fone-3310-9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 30.01.2015, às 18:49 hs, na rua Odon Bezerra, bairro Liberdade, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 01.10.2015, às 11:32 hs.

COMUNICANTE/ VITIMA: MARCELO LUCAS DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, com 35 anos de idade, nascido em 04.05.1980, natural de Fagundes-PB, filho de José Lucas da Silva e de Ivonete Bezerra da Silva, residente no Sítio Laranjeiras, Município de Fagundes-PB, portador da Identidade de Nº2576254-SSP-PB, Fone- 99407-1657.

DAS TESTEMUNHAS: FÁBIO GOMES LIRA, brasileiro, solteiro, mototaxista, com 33 anos de idade, nascido em 16.11.1981, natural de Campina Grande-PB, filho de Luiz Gomes Lira e de Francisca Gomes Filha, residente na rua- José Porto, 132, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2.857.670-SSP-PB, Fone- 98811-2356 e FABIO CABRAL DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, com 33 anos de idade, nascido em 02.02.1982, natural de Fagundes-PB, filho de Severino Joaquim da Silva e de Josefa Luiz Cabral da Silva, residente no Sítio Laranjeiras Município de Fagundes-PB, portador da Identidade de Nº2823523-SSP-PB, Fone-98741-2781.

INFRATOR: Não Há.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 1

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN ES, Ano/Modelo 2008/2008, cor vermelha, Placa KZB-1154-PB, Chassi de Nº 9CKC08508R046257, licenciada em nome



do comunicante Marcelo Lucas da Silva, quando trafegava na rua Odon Bezerra, bairro Liberdade, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais não identificado, cruzou a via sem a devida atenção, tendo o comunicante colidido na outra motocicleta, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao do Hospital de Emergência e Trauma nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

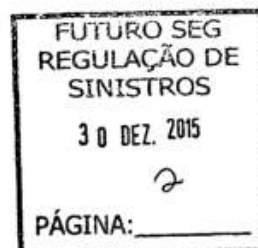
DELEGADO: **LUCIANO BEZERRA SERRA SECA**

COMUNICANTE/VÍTIMA: Marcelo Lucas da Silva

TESTEMUNHA: Fabio Gomes Lima

TESTEMUNHA: Fabio Cabral da Silva

ESCRIVÃO: Q.:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, marcelo leucars da silva, portador
da carteira de identidade nº 2576254 e inscrito no CPF/MF sob o nº
037.581.854-59, residente e domiciliado na Sítio Avaranheiras
Área Rural, e
Cidade Esplanas, Estado Pernambuco, 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:

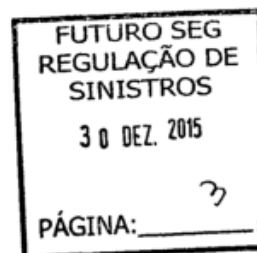
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior 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.

marcelo leucars da silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Campina Grande 15 de outubro 2015
Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

PACIENTE: MARCELO LUCAS DA SILVA Sexo: MASCULINO Idade: 34,8
Profissão: AGRICULTOR (TR) 9407/1657 Documento: 2576254
Endereço: SÍTIO LARANJEIRAS, 3 Bairro: ZONA RURAL
Município: FAGUNDES, 24 PB Estado: CEP: 25061-0
Data Atendimento: 30/01/2015 18:49m Código do Município: 250610
Data Nascimento: 04/05/1980 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA/COR
() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDAS
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vítima de acidente de moto há ± 24 horas, com lesões apicais. Paciente bem orientado, consciente, hidratado, normotenso.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO

Em tempo: foi realizada a realização de radiografia de ombro.

RESULTADOS apresentaram fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de ombro

NATUREZA DA CONSULTA

Consultas Especializadas: Ortopedia

PROCEDIMENTO

STO. LACRIMAS
MOTOCICLETA
REGISTRO
30 DEZ 2

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA,
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO CBO IDADE
013101101100172 2252170
02104104101116 2253210

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO LUCAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000001662-4

Nr. Autenticação

BRADESCO070320160500000000002370578400000000166284375 PAGO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, marcelo leucos da silva

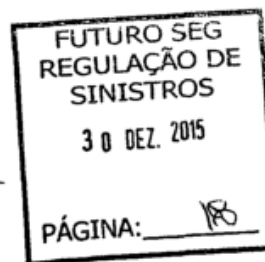
RG nº 2576254, data de expedição / / , Órgão , CPF nº 037581854-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio laranjeiras</u>
Número	<u>sem número</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Fagundes</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58487000</u>
Telefone de contato	<u>9407-1657 / 9658-4195</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande,

Assinatura do Declarante: Marcelo leucos da silva



BRUNO L. LOPES DA SILVA
SIT LARANJEIRAS, S/N /
FASUNDES / PB CEP: 58487000 (AG: 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR200-101/58 - Alça Substação - Trilho Imbu - Camarã Grande / PB - CEP: 58423-700
Classe/Subclasse: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA CNPJ: 08.836.606/0001-95 Ins: 34.16.003.039-1
Roteiro: 4 - 404 - 428 - 1180 Referência: Fev / 2015
Nº medidor: C1874451720 Emissão: 07/02/2015

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 0000029454
Código para Débito Automático: 00001038187

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

7ee8 a7fa 8857 7c32 84ce 454b 24b1 8fa2

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 4/103518-7**
Canal de contato

Fev / 2015

Apresentação

07/02/2015

Data prevista da
próxima leitura

10/03/2015

CPF / CNPJ / RANI
3768185458

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/01/15	13787	07/02/15	13890	1
				123
				30

Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/02/2015 PAGAS:
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	123	0,19433	23,80
Adic. B. Vermelha			2,34
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,12
COFINS			0,58
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			2,23
ICMS (ISENTO)			

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/15	122
Dez/14	117
Nov/14	108
Out/14	108
Set/14	114
Ago/14	104
Jul/14	95
Jun/14	90
Mai/14	90
Abr/14	90
Mar/14	95

Média dos últimos meses
112 kWh

VENCIMENTO
13/02/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 29,18

Indicadores de Qualidade 2014 - Queimados

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	11,80	0,00	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	23,19		220
DC ANUAL	48,28		
FC MENSAL	8,00	0,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	15,94		201
			221

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BG	10,95	37,52
Compra da Energia	14,03	48,08
Serviço de Transmissão	0,81	2,72
Encargos Setoriais	0,35	1,20
Impostos Diretos e Encargos	2,84	9,73
Outros Serviços	1,00	3,43
Total	29,18	100,00

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:21:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016214635400000033403492

Número do documento: 20093016214635400000033403492

LUZ FERNANDES
FUA HENRIQUE DIAS, 370 - CONCEICAO
CAMPO DA GRANDE / PB CEP: 58102415 (AG. 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
BR230 - KM 158 - Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CE 758425
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO CNPJ 08.828.598/0001-35 Ins. Est. n. 003.8
Fóteiro: 8 - 401 - 352 - 9120 Referência: Nov/2015
Nº medidor: 00008049999 Emissão: 12/11/2015 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 1 - 08138
Código para Débito Automático: 80 08 08075



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

0909 4104 610d 3061 Rec 7 8788 9566 a88c

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 4/50879-6

Canal de contato

Nov / 2015

Apresentação

12/11/2015

data prevista para
próxima leitura

11/12/2015

CPF / CNPJ / RANI

370978420

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
14/10/15	9757	12/11/15	10013	1	29

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
C DIA 07/11/2015 PAGAS
(C BRIGADO)

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	256	0,40703	104,18
Adic: B Vermelho			11,82

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,85
COFINS	3,84
CONTRIB LUM PUBLICA	18,78
JUROS DE MORA 09/2015	5,25
JUROS DE MORA 09/2015	2,72
JUROS DE MORA 09/2015	0,22
MULTA 06/2015	4,38
MULTA 06/2015	4,18
ICMS (Base de Cálculo: R\$ 185,08) (Alíq. de 7,00%)	12,95

Histórico de Consumo
(kWh)

Set/15	291
Ago/15	302
Jul/15	254
Jun/15	272
Mai/15	375
Abr/15	383
Mar/15	383
Fev/15	358
Jan/15	381
Dez/14	289
Nov/14	321

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 10/2015
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2015
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2015

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO

19/11/2015

R\$ 213,06

Média dos últimos meses
321 kWh

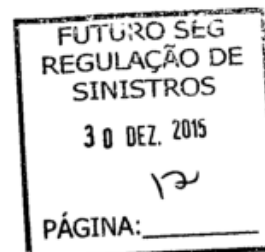
Indicadores de Qualidade 2015 - Ab. Branco

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,70	0,00	Servico de Dist. de Energia/BO	35,57	16,70
DIC TRIMESTRAL	11,34		Conta de Energia	84,42	39,24
DIC ANUAL	22,69		Servico de Transmissão	2,83	1,29
F.C. MENSAL	3,50		Encargos Setoriais	13,08	6,14
F.C. TRIMESTRAL	8,97		Impostos, Direitos e Encargos	88,13	41,38
F.C. ANUAL	13,95		Outros Serviços	8,22	3,83
DACC	3,29				
DICRI	12,22				
			Total	213,06	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref 9/2015) R\$ 158,11

ATENÇÃO

...atura confirmada



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

BORBOREMA

Fóteiro: 8 - 401 - 352 - 9120
Matrícula: 50879-2015-11-9

19/11/2015

R\$ 213,06

83680000002-5 13080147000-3 00508792015-2 11904010016-8





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.

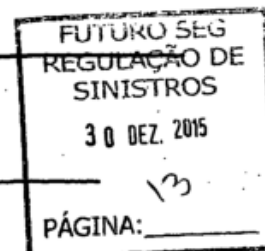
Pelo exposto, eu Luciene Fernandes Leite, portador(a) do RG nº 003.035.709, expedido por SSP-PB, em 12/11/2010, CPF/CNPJ nº 789.217.324-20,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marcelo Loukas da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Marcelo Loukas da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: RG e CPF

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE:
Nome: MARCELO LUCAS DA SILVA Sexo: MASCULINO Idade: 34,8
Profissão: AGRICULTOR (TR) 9407/1657 Documento: 2576254
Endereço: SÍTIO LARANJEIRAS, Bairro: ZONA RURAL
Município: FAGUNDES Estado: CEP: 250610
Data Atendimento: 30/01/2015 18:49h Código do Município: 250610

RAÇA/COR
() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARD
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Lesão na região de acidente de moto há 24 horas, com dor aguda. Paciente transferido do Hospital de Emergência para avaliação de ortopedia. Ao exame: BSG, consciência, orientado, hidratado, normotenso.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO

Em tempo: Por apêndice foi realizado raio-X de ombro.

RESULTADOS apresentando fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de ombro



NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Especializada: Ortopedia

PROCEDIMENTO

PROCA REGISTRO 24/01/2015 13:00

PAGINA:

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA,
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☐ 01 - PRESCRITA
☐ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
019101101100172	21252170	
01210410410116	21253210	

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PLEGAR DIREITO

Ass. do Revisor Técnico (CARIMBO)



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Marcelo Lucas da Silva</u>	
End.: <u>R. São Lourenço</u>	Bairro: <u>Fagundes</u>
Data de Nascimento: <u>04/05/1980</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Quebra de</u> <u>osso</u>	Data do Atend.: <u>30/01/2015</u> Hora: <u>18:50</u> Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre () Cadeira de rodas () Maca	

MOD. 110

Estratificação

- | | |
|---|--------------------------------------|
| () Vermelho - atendimento imediato | () Amarelo - atendimento até 1 hora |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Verde - atendimento até 4 horas | () Azul - atendimento ambulatorial |

Carimbo

Carimbo
Terezinha Lúcia Duarte
Enfermeira
COREN 287.537

Assinatura e carimbo do profissional

PACIENTE: MARCELO LUCAS DA SILVA
DATA DO EXAME: 30.01.2015
RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula, com desalinhamento dos fragmentos.

36.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 6

Dr. Arquimedes A. B. Lira
CRM/PB: 7197

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE QUEIMADAS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data	29/01/15
Paciente	Marcelo Lemos de Silva		
Origem	Hospital Queimadas		
Solicitante		Clinica	

Motivos do Encaminhamento

trauma de pulso direito e
dor e deformidade de articulação
direita + perfis de osso
MSO
Solicitado ortopédico

Medicação Administrada

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA:

Encaminhado para	Hospital Trauma de C. Grande
Assinatura / Carimbo MÉDICO	Genesio Cirilo de Carvalho Cirurgião Geral CRM 4475





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
617480537

NOME
MARCELO LUCAS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
257625485PPR

CPF
037.581.854-59

DATA NASCIMENTO
04/05/1980

RELACÃO
JOSE LUCAS DA SILVA
IVONETE BEZERRA DA SILVA

PORTELAÇÃO
ACC
COT. HMB
AB

04350283008 16/05/2017 30/04/2008

ASSINATURAS

Marcelo Lucas da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO DE JANEIRO, RJ

DATA EMISSÃO
11/09/2012

Renato Frety
ASSINATURA DO EMISSOR

66054191980
RJ385753616

DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
617480537





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	003.835.789	DATA DE EXPEDIÇÃO	12/11/2015
NOME	LUCIENE FERNANDES LEITE		
FILIAÇÃO	LUIZ FERNANDES JOSEFA CARLOS FERNANDES		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE PB	DATA DE NASCIMENTO	21/07/1966
DOC. ORIGEM	CERT. DE CASAMENTO L-8 21 F-210 RG-11439 CAMPINA GRANDE PB-1 CARTÓRIO		
OFF	789.217.324-28 3a. VIA		

LEI Nº 7.116 DE 25/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CAMPINA GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 14





30 DEZ. 2015
PÁGINA:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011374095057

VIA 1 009594757 000000 2015

MARCELO ALMEIDA

037581854

KZBT154/PB

PAS/MOTOCICLA/NAO ES

HONDA/CG 150 TTAN ES

2-E/149 7CI

IPVA PAGO EM 26/02/2015

PREMIO TARIFARIO (R\$) 33375

SEGURO

SEM RESERVA DE DOMINIO

PAGUNDES - PB

02/03/2015

33553

PBNº 011374095057 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 154/PB
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

037581854

00959475729

HONDA/CG 150 TTAN ES

2008

9C2KC083URR046757

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) *****

DEM (R\$) *****

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

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

SEGURO

PAGO

24/02/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.801/0001-04
www.seguradoralider.com.br
33553-1158105-20150302

FEV-2014



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:21:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016214635400000033403492>

Número do documento: 20093016214635400000033403492

Num. 34947729 - Pág. 16

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160007402 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula D

Descrição do exame médico pericial: Presença de deformidade óssea na clavícula Dir, ausência de cicatrizes ou edema, ADM do ombro preservado com uma leve limitação para elevação, bom trofismo muscular

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador de fratura de clavícula D

Sequelas permanentes: Dano anatomico pela fratura e deformidade da clavícula e leve limitação funcional para elevação com relato de perda de força.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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:





Curitiba, 30 de Dezembro 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Marcelo Lucas da Silva
End: Sítio Laranjeiras, sn
Cidade: Fagundes - PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 3160/007402
Sinistro de Invalidez – Marcelo Lucas da Silva

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos os documentos do processo acima mencionado em 30/12/2015, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

- Procuração particular reconhecida por verdadeiro ou autenticidade

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consorcio -DPVAT, para finalização.

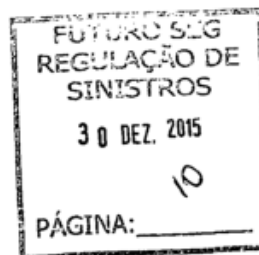
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,

FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcos Lucas da Silva

DATA DO ACIDENTE 30/01/15 CPF DA VÍTIMA 037.581.854-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR St. Barrofeiras

Nº 50 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE Fragundes UF PA CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- * MORTE = R\$ 13.500,00
 - * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.750,00 (REEMBOLSO); ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





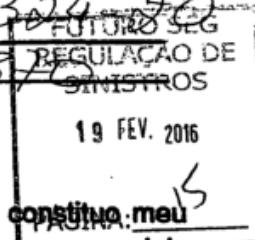
PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Marcelo Lucas da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 2546254 SSP PB CPF: 03758185459
Endereço: Sítio Laranjeiras, Município Lagunas

PROCURADOR:

Nome: Luciene Fernandes Leite
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada
Profissão: consultora
Identidade: 003035709 CPF: 789217324-9
Endereço: Rua - Henrique Dias nº 375



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quem tenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vltima

Local e data



Marcelo Lucas da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



2º Cartório de Notas do Campina Grande - PB
Tabelião: Maria de Fátima Leite Cavalcante
Praça da Bandeira, 155, Centro - Cidade
(031) 3371-8050 - 3044-0899

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARCELO LUCAS DA SILVA
Dou fé. Campina Grande/PB - 12/01/2016
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital: ACR55063-JX7Y
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Tabela de Notas



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

