Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta n°: 10962164

A/C: JOAO CARDOSO SOBRINHO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vitima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00627/00628 - carta_13
00060314

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA _____

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, LUCAS MARTINS CARDOSO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3 537 870 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 15/03/2007 E CPF 1 3 7 1 9 7 6 4 4-9 4 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCAS MARTINS CARDOSO, 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 segurados, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- **Conta salário e/ou benefício;**
- **Conta pessoa jurídica;**
- **Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$2000,00;**
- **Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);**

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA 0439 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 99781-8

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL JPA / PB DATA 25/03/16

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) José Bartolomeu Sobrinho

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG: 30301955 - AC AGUA FRIA

JOÃO PESSOA PB
CNPJ....: 34028316274623 Tel.: -
Ins Est.: 160749000

COMPROVANTE DO CLIENTE (2a. Via)

Movimento..: 28/03/2016 Hora.....: 15:38:59
Caixa.....: 73066204 Matricula..: 84777893
Lancamento.: 025 Atendimento: 00020
Modalidade.: A Vista ID Ticket.: 1111879689

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R$)
CPF - CORRECAO	1	0,00
Valor do Porte(R$)..:	0,00	
Valor da Isencao(R$):	0,00	
OBJETO.....:	IF544901228BR	

Obj Postado apos horario limite post ag. DN (Depois da Hora)

Valor Declarado não solicitado(R$)
No caso de objeto com valor, faça seguro, declarando o valor do objeto.

VALOR RECEBIDO(R$)=> 0,00

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
Tipo de Serviço.....: CPF - CORRECAO
Codigo do Atendimento..: IF544901228BR
Data e Hora.....: 28/03/2016 15:38:59
CPF do Contribuinte...: 137.717.644-94
Nome Completo.....: LUCAS MARTINS CARDOSO
Data de Nascimento....: 11/12/2000
Sexo.....: MASCULINO
Nome da Mãe.....: JOELMA MARTINS DA COSTA
Titulo de Eleitor.....: 000000000000
Naturalidade.....: JOAO PESSOA
UF Naturalidade .....: PB
Logradouro.....: RUA WELLINGTON JOSE DE SOUZA
Número.....: 201
Complemento.....:
Bairro/Distrito.....: JARDIM VENEZA
Municipio.....: JOAO PESSOA
UF.....: PB
CEP.....: 58084435
Telefone.....:
Celular.....:
Indicador de Impressao: 2
Codigo de Ocorrencia..: 01

11:46 01/04/2016 0852448 SGBX0001 LIBR APART 4

Para concluir seu pedido, compareça a uma unidade da Receita Federal até 26/06/2016. Acesse www.receita.fazenda.gov.br ou ligue 146, para obter informações sobre endereço das unidades da Receita Federal e outros documentos necessários no caso de pedido por procurador, estrangeiro, para menor e incapaz.

Obj Postado apos horario limite post ag. DN (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: CORREIOS E CONVENIOS-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 3003 0100
Demais Localidades: 0800 725 7282 Sugestões e Reclamações: 0800 725 0100 - www.correios.com.br

11:46 01/04/2016 885245 SERRADOR LIGR 06WT 4

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO P

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, LUCAS MARTINS CARDOSO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.531.810 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 15/03/07 E

CPF 137.197.644-94 /CNPJ ___ PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCAS MARTINS CARDOSO 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 titular da conta informada para depósito.
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 DEZ 2016

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027852-8

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.

JOÃO PESSOA, 12 de NOVEMBRO de 2016 — LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Lucas Martins Cardoso

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 a 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 DEZ 2016

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

00014

Nº DO SINISTRO ..... CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURAL

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 JOÃO CARDOSO SOBRINHO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.554.696 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 02/06/16 E CPF 855.135.124-91 /CNPJ ..... PROFISSÃO RECUSOU-SE

E RENDA MENSAL DE R$ RECUSOU-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCAS MARTINS CARDOSO, 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 benefiário/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.**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
07 FEV 2017

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

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0304 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027852-8

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.

J. PESSOA, 27 de JANEIRO de 2017 — x Lucas Martins Cardoso

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

João Cardoso Sobrinho

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

07 FEV 2017

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00289.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00289.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLICIA, às 15:31 horas, compareceu **JOÃO CARDOSO SOBRINHO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade Caiçara, data de nascimento 10 de Maio de 1972, idade 43, filiação Maria da Penha Luiz Cardoso e Francisco de Assis Cardoso, Documento - CPF: 855.135.124-91, residente Rua Wellington José de Souza,201, Jardim Veneza, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98713-1814

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 07/10/15, por volta das 20:00h, quando seu filho de nome LUCAS MARTINS CARDOSO, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, com 15 anos de idade, conduzia a motocicleta de marca SHINERAY/XY 50Q, cor preta, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL01E0519299, pela Rua José Dantas de Almeida, no conjunto Jardim Veneza, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer politraumatismo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

JOÃO CARDOSO SOBRINHO
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLICIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 105.802-3

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
AV. JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - BANDEIRA BRANCA - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4073
Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA - Tabelia. em 28/03/2016 13:18:56 Emol:R$2,13 FEPJ R$0,42 FARPEN:R$0,25 ISS R$ 0,11. Selo Digital- ADA73900-JZM3 Consulte em https://selodigital.tjpb.jus.br

Procedimento: 00289.01.2016.1.02.202

11:46 01/04/2016 085249 SEDS00001 LIVR 0001 4

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00289.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00289.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLICIA, às 15:31 horas, compareceu **JOÃO CARDOSO SOBRINHO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade Caiçara, data de nascimento 10 de Maio de 1972, idade 43, filiação Maria da Penha Luiz Cardoso e Francisco de Assis Cardoso, Documento - CPF: 855.135.124-91, residente Rua Wellington José de Souza,201, Jardim Veneza, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98713-1814

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 07/10/15, por volta das 20:00h, quando seu filho de nome LUCAS MARTINS CARDOSO, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, com 15 anos de idade, conduzia a motocicleta de marca SHINERAY/XY 50Q, cor preta, ano 2013/2014, chassi nº LXYXCBL01E0519299, pela Rua José Dantas de Almeida, no conjunto Jardim Veneza, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer politraumatismo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

JOÃO CARDOSO SOBRINHO
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLICIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.832-3

DOCUMENTO 1 "T1%"

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 20/04/2016 10:59:03
Emol:R$2,13 FEPJ R$0,42 FARPEN:R$0,25 ISS R$ 0,11.
Digital- ADC08646-YRSU Consulte em
https://selodigital.tjpb.jus.br

Procedimento: 00289.01.2016.1.02.202

0011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

Serviço Registral Dutra Pessoa

3º Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa

Maria de Fátima Delgado Leal

TITULAR

Ricardo Dutra Pessoa Filho

SUBSTITUTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 DEZ 2016

Certidão de Nascimento Nº 16.482

Certifico que às fls. 151 *do livro* A-76 *, de registro de nascimentos arquivados neste Cartório consta que foi lavrado no dia* 21 *de* dezembro *de* 2000 *, o registro de nascimento de* Lucas Martins Cardoso *do sexo masculino nascido (a) no dia* 11 *de* dezembro *de* 2000 *às* 11 *horas e* [illegible] *minutos,* [illegible] Damião, neste João Pessoa *filho (a) de* João Cardoso Gabriel e de Jaciana Martins da Costa

Avós Paternos: Francisco de Assis Cardoso e Maria da Penha Luiz Cardoso *Avós Maternos:* Paulo Martins da Costa e Maria do Carmo Gaivanes Martins

Foi Declarante o pai

Observações:

O referido é verdade e dou fé

João Pessoa 21 *de* dezembro *de* 2000

A Oficial

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DUTRA PESSOA
MARIA FÁTIMA DELGADO LEAL DUTRA PESSOA
Titular
Pça. João Pessoa, S/N
PALÁCIO DA JUSTIÇA
FONE: (083) 984 [illegible]
JOÃO PESSOA - PB

Certidão de nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

Serviço Registral Dutra Pessoa

3º Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa

Maria de Fátima Delgado Leal

TITULAR

Ricardo Dutra Pessoa Filho

SUBSTITUTO

Certidão de Nascimento Nº 76.482

Certifico que às fls. 151 *do livro* A 76 *, de registro de nascimentos arquivados neste Cartório consta que foi lavrado no dia* 21 *de* dezembro *de* 2000 *, o registro de nascimento de* Lorcas Martins Cordeiro *do sexo* masculino *nascido (a) no dia* 11 *de* dezembro *de* 2000 *às* 11 *horas e* 15 *minutos,* Maternidade Frei Damião, neste Capital *filho (a) de* José Cordeiro Sobrinho *e de* Jaime Martins da Costa

Avós Paternos: Francisco de Assis Cordeiro e Maria da Penha Lima Cordeiro *Avós Maternos:* Paulo Martins de Penha e Maria do Carmo Barreto Martins

Foi Declarante o pai

Observações:

O referido é verdade e dou fé

João Pessoa 21 *de* dezembro *de* 2000

A Oficial

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
MARIA DE FÁTIMA DELGADO LEAL DUTRA PESSOA
Titular
Rua João Pessoa, S/N
PALÁCIO DA JUSTIÇA
FONE: (083) 984-0101
JOÃO PESSOA - PB

SERVIÇO REGISTRAL DUTRA PESSOA - 15/12/2014 09:35 - RECIBO 17428 BR

D E C L A R A Ç Ã O

Atendendo o requerimento nº 510/112, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobe protocolo: 979766, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **LUCAS MARTINS CARDOSO**, idade 14 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Colisão carro x moto)** no dia 07/10/2015, Rua José Dantas Almeida, Bairro: Jardim Veneza - João Pessoa - aproximadamente às 20:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 19 de Outubro de 2015.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Mat. 67.155-0 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

11:46 01/04/2016 085253 SEGRADORA LIDER NPWIT 4

Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO CARDOSO SOBRINHO,

RG nº 1.554.696, data de expedição 26.07.77, Órgão SSP/PB,

CPF nº 855.135.124-91, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA
Número	201
Apto / Complemento	
Bairro	JARDIM VENEZA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB
CEP	58.084-435
Telefone de Contato	83 3255 3727
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 28/03/16

Assinatura do Declarante: João Cardoso Sobrinho

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência
-0016-

Eu, LUCAS MARTINS CARDOSO,

RG nº 3.531.810, data de expedição 15/03/07, Órgão SSDS/PB, CPF nº 137.197.644-94, 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)	RUA WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA
Número	S/N - QD 19 - LT 03
Apto / Complemento	CASA
Bairro	JD. VENEZA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PARAÍBA
CEP	58084-435
Telefone de contato	(83) 98890-4343/98713-1814
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 27/01/2017.

Assinatura do Declarante: x Lucas martins Cardoso

João Cardoso Sobrinho

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 FEV 2017

C

JUCELMA MARTINS DE FONTES

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente à [redacted]

Canal de contato 5/1117961-1

Jan/2017

Apresentação

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2016
Procure a prefeitura de sua cidade até 17/02/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações leia para o Art. 3º da RESOLUÇÃO ANEEL nº 1.056, de 26 de abril de 2007

06/01/2017

Data prevista da próxima leitura

03/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
[redacted]					

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,16014	4,80
Consumo 31 a 100kWh-BR	70	0,25740	18,01
Consumo 101 a 220kWh-BR	46	0,3[illegible]	18,01
Subsídio			24,17
ICMS			28,38
PIS			1,01
COFINS			4,66
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			2,47
Devolução Subsídio			-24,17

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	126
Nov/16	144
Out/16	124
Set/16	131
Ago/16	144
Jul/16	125
Jun/16	146
Mai/16	148
Abr/16	138
Mar/16	179
Fev/16	164
Jan/16	163

Média dos últimos meses: 148

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R$
ICMS	97,82	27,00	28,38
[redacted]			

13/01/2017 R$ 75,92

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	9,66	3,82
DIC TRIMESTRAL	[illegible]	
DIC ANUAL	22,2[illegible]	
FIC MENSAL	5,48	2,00
FIC TRIMESTRAL	8,87	
FIC ANUAL	13,8[illegible]	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Descrição	Valor (R$)	%
Serviços de Distribuição	19,[illegible]	25,14
Compra de Energia	18,[illegible]	24,[illegible]
Serviços de Transmissão	[illegible],08	1,42
Encargos Setoriais	6,18	8,14
Tributos Creditados e Encargos	34,50	45,44
Outros Serviços	0,00	0,[illegible]
Total	75,92	100,00

[redacted]

Conferido

07 FEV 2017

[redacted]

13/01/2017 R$ 75,92

83660000000-1 75920149000-1 11179612017-3 01[illegible]000200[illegible]9-3

DOCUMENTO 2 *T2%*

Declaração do proprietário de veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO CARDOSO SOBRINHO,

RG nº 4705301 16, data de expedição 26/09/2011 Órgão DETRAN/PB portador do CPF nº 855.135.124-91, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA, nº 901, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUCAS MARTINS CARDOSO cujo o condutor era LUCAS MARTINS CARDOSO

Veículo: I/SHINERAY XY502 PHOENIX
Modelo: 2014
Ano: 2013
Placa: OEW2241/PB
Chassi: LXYXCBL01E0519299
Data do Acidente: 07/10/2015
Local e Data: João Pessoa, 20 de abril de 2016

João Cardoso Sobrinho
Assinatura do Declarante

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

VERIFICADO | DATA DOCUMENTO 3 20-MAR-2016 09:23 111192 1/1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

Documentação Médico Hospitalar
-0005-

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	LUCAS MARTINS CARDOSO
DATA DE NASCIMENTO	11/12/00
NOME DA MÃE	JOELMA MARTINS DA COSTA
DADOS EXTRAIDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	871.289
PRONTUÁRIO N.º	90.886
DATA DO ATENDIMENTO	07/10/15
HORA DO ATENDIMENTO	21:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V 27 + S 52.5.0 + S 32.4.0 + S 76.1.1 + T 01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE MENOR DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC), RESGATADO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISÃO MOTO X POSTE, SEM CAPACETE. QUEIXANDO-SE DE DORES EM PUNHO DIREITO E JOELHO DIREITO, ABDOMEN FLACIDO E DOLOROSO A PALPAÇÃO EM HD. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONIAL + FCC EM MÃO DIREITA E JOELHO DIREITO. GLASGOW 15.

EXAMES

RX DE PUNHO DIREITO - RELATO COT - DESCOLAMENTO DE RÁDIO DISTAL
RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT - FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
TC DE BACIA - RELATO COT - FRATURA TRANSVERSA DE ACETÁBULO DIREITO
USG DE ABDOMEN TOTAL - FAST
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA NO MID COM REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA. LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DE DESCOLAMENTO FISÁRIO DO RÁDIO DISTAL DIREITO + CORREÇÃO DE LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR DIREITO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA AXILO - PALMAR DIREITA. OPERADO POR Dr. ODILON. EM 26/10/2015. E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO. OPERADO POR Dr. BRUNO MONTENEGRO. IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILO - PALMAR. MEDICADO. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE ACETÁBULO.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/2015
DATA DA EMISSÃO: 06/01/2016

Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

11:46 01/04/2016 065251 SEGURADOR LIMER PAGE 4

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: Luca Martins Cardoso			Registro: 871287		
Idade: 14 anos	Sexo:	Cor:	Clínica: Ortopedia	Enf:	Leito:
Data de admissão: 07/10/15			Data da alta: 29/10/15		

Diagnóstico inicial:

Diagnóstico final: Fratura punho (E) e (D) e Fratura metatarso (D) + Sutura tendão patelar (D) parcial

Outros diagnósticos:

Principais exames: Rx e TC

Cirurgia realizada - data e equipe:
07/10/15 - Dr. Cellin + Dr. Gian - Sutura tendão patelar (D) + Fx punho (D)
26/10/15 - Dr. Bruno Montenegro - Fx punho (E)
29/10/15 - Dr. Fabio - Retirada por tratamento conservador da fratura transversa do metatarso (D), com sequelas durante 03 semanas a partir da data 29/10 e sem à marcha após este período.

Terapêutica medicamentosa:

Anatomia patológica:

Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )

Resultado bacteriologia:

Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )

Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Paciente admitido a Hr cirurgia de fratura do punho (D) e (E) e tratamento conservador da fratura transversa do metatarso (D)

Orientações Pós Alta

Dieta: geral livre

Repouso:
relativo em casa por, _____ dias.
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Medicações para casa: Dipirona + ATB

Retorno:
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 29 de 10 de 15

Bianca Zambuzzi Melloni
Médica - MR Ortopedia
CRM-PB 9087

Ass. Médico / CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

01/04/2016 865252 SEAR0088 LIMR OPVRT 4

Documentação médico Hospitalar

0006

ESTADO DA PARAÍBA - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA PARAÍBA

COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES

Um pacto de amor com a criança

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº DO CADASTRO:	00014273	Nº DO CPF / CGC:	08778268000241		
NOME DA UNIDADE:	COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES				
ENDEREÇO / Nº:	RUA ALBERTO DE BRITO S/N				
BAIRRO:	JAGUARIBE	MUNICIPIO:	JOÃO PESSOA	UF	PARAÍBA

PACIENTE: Lucas m. Cavalcante	IDENT.:
ENDEREÇO:	IDADE:
BAIRRO:	ORIGEM: C.P.A.M-JAGUARIBE

DADOS CLÍNICOS	ESPEC. MED. REQUISITANTE
MATERIAL A EXAMINAR	AMBULAT. ( ) ENFERM. ( ) HOSPITAL ( )

Complexo de Pediatria
Arlinda Marques
AMBULATÓRIO
RADIOLOGIA

04/09/16
DATA

CARIMBO E RUBRICA

Dr. Rodrigo Alexandre Fernandes Marques
CRM PB 6947 / CRM PE 21190

Rx Torax AP/Lateral @ Alta e obstetrícia
Rx Torax inf/sup

DOCUMENTO 3 "T3%"

ESTADO DA PARAÍBA - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA PARAÍBA

COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES

Um pacto de amor com a criança

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº DO CADASTRO:	00014273	Nº DO CPF / CGC:	08778268000241		
NOME DA UNIDADE:	COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES				
ENDEREÇO / Nº:	RUA ALBERTO DE BRITO S/N				
BAIRRO:	JAGUARIBE	MUNICIPIO:	JOÃO PESSOA	UF	PARAÍBA

PACIENTE: Luca m. Cardoso	IDENT.:
ENDEREÇO:	IDADE:
BAIRRO:	ORIGEM: C.P.A.M-JAGUARIBE

DADOS CLÍNICOS	ESPEC. MED. REQUISITANTE
MATERIAL A EXAMINAR	AMBULAT. ( ) ENFERM? ( ) HOSPITAL ( )

- [ ] Hemograma
- [ ] Parasitológico Fezes
- [ ] Glicemia pós-prandial
- [ ] Glicemia Jejum
- [ ] TGO
- [ ] Hemoglobina Glicada A1c
- [ ] Cálcio
- [ ] TGP
- [ ] Gama GT
- [ ] Albumina
- [ ] Uréia
- [ ] Sódio
- [ ] Fósforo
- [ ] Creatinina
- [ ] Potássio
- [ ] Fosfatase Alcalina
- [ ] Colesterol total e Frações
- [ ] PCR
- [ ] Sumário Urina
- [ ] Triglicerídeos
- [ ] VHS

04/04/16
DATA

Complexo de Pediatria Arlinda Marques
REGULATÓRIO
RADIOLOGIA

CARIMBO E RUBRICA

Dr. Bruno Alexandre Cavalcanti
Médico
CRM PB 6306 / RQE 7194

Rx Bacia AP/Lateral @ Abr e alongamento
Rx Bacia incidência axial

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO FEREIRA SILVA - Tabelia. em 20/04/2016 10:21:19 Emol:R$2,13 FEPJ R$0,42 FARPEN:R$0,25 ISS R$ 0,11. Selo Digital- ADC08639-YBYX Consulte em https://selodigital.tjpb.jus.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO: 1013137

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO: OA2D5Q1IR

DADOS BÁSICOS

DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
18/04/2016	18/04/2016	Não			

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	NOME DE FANTASIA	CPF / CNPJ
NOVA DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA-EPP	NOVA DIAGNOSTICO POR IMAGEM	04.489.715/0001-00

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO	OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL	OPTANTE PELO SIMEI
849162	Exigível		Não	Não

LOGRADOURO	NÚMERO
AV PRES EPITACIO PESSOA	00557

COMPLEMENTO	BAIRRO
	BAIRRO DOS ESTADOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58030-001	(83) 2107-2638	financeiro@novadiagnostico.com.br

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	CPF / CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
LUCAS MARTINS CARDOSO	855.135.124-91	

LOGRADOURO	NÚMERO
Rua Wellington José de Souza	201

COMPLEMENTO	BAIRRO
	Jardim Veneza

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58084-435		

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS

4.02 - Análises clínicas, patologia, eletrocidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

DESCRIÇÃO DETALHADA

EXAME DE RAIO-X DA BACIA;
EXAME DE RAIO-X DO QUADRIL DIREITO;
EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA;
INCIDÊNCIAS ADICIONAIS PARA MEMBRO INFERIOR (RAIO-X) e QUANTIDADES.

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R$ 52,76.

OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL

LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

VALORES

VALORES BÁSICOS

VALOR DOS SERVIÇOS	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL
R$ 610,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

VALORES COMPLEMENTARES

OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS	VALOR LÍQUIDO
R$ 0,00	R$ 610,00	5,00 %	R$ 30,50	R$ 610,00

USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VERIFIQUE NO SITE 3 28-03-2016 00:03 111194 1/1

GOVERNO DA PARAÍBA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES

Lucas matheus Cardoso

Solicito:

- Te de Bacia

04/04/16

Dr. Rosalvo Fernandes
Médico
CRM-PB 6844 / RQE 22194

MÉDICO

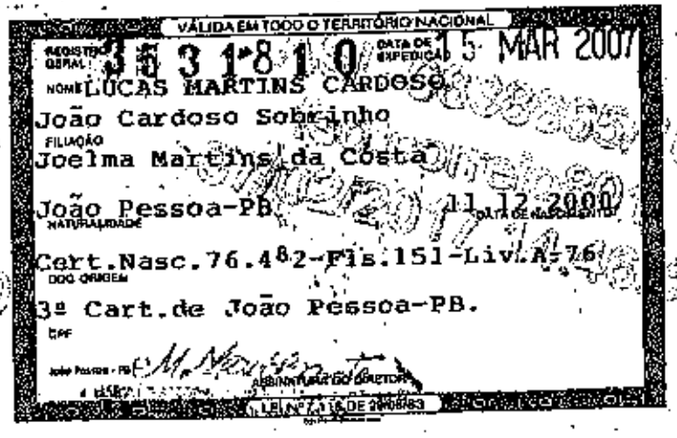
MELHORE SUA LETRA, CAMPANHA DO C.P.A.M

CIDADÃO ESSA INSTITUIÇÃO É MANTIDA COM SEUS IMPOSTOS,
FIQUE ATENTO CUIDE DO QUE É SEU

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 20/04/2016 10:21:34
Emol:R$2,13 FEPJ R$0,42 FARPEN:R$0,25 ISS R$ 0,11
Digital- ADC09640-FT85 Consulte em
https://selodigital.tjpb.jus.br

Documentos de Identificação

CÓPIA



ASL-03388865/16
iso.correio801
07/02/2017 14:46:50

11:46 01/04/2016 085247 5000000 LOCK MAN 4

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 117516 Laudo nº 03.01.06.022016.01362

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do Exame: 18/02/2016; Hora do Exame: 16h50min

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 056/2016; Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: **LUCAS MARTINS CARDOSO**, 15 anos, sexo: Masculino; Raça/cor: parda; filho de: João Cardoso Sobrinho e de: Joelma Martins da Costa, Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB, Profissão: Ignorada.

HISTÓRICO: Relata o periciando que foi vítima de acidente de motocicleta no dia 07/10/2015 por volta das 20h00min; fato ocorrido no Conjunto Jardim Veneza- nesta Capital.

DESCRIÇÃO: O periciando apresenta duas cicatrizes em faces anterior e lateral do punho direito e outra cicatriz hipercrômica, irregular em face anterior deste punho; pequena cicatriz em 1º quirodáctilo direito. Observa-se excelente amplitude de movimentos deste punho; há uma cicatriz normocrômica, normotrófica em face anterior do joelho direito, medindo 7 cm; observa-se boa mobilidade deste joelho citado; duas pequenas cicatrizes ovalares em dorso do punho esquerdo sem déficit funcional desta articulação. Observa-se marcha intensamente claudicante. Consta Laudo Médico emitido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, assinado pelo CRM 1741, com motivo do atendimento acidente de motocicleta, com diagnóstico de politraumatismo, CID-10 V27 + S52. 5 + S32.4 + S76.1 + T01.8. Foi submetido à tração transesquelética no membro inferior direito com redução incruenta da fratura luxação do quadril direito, redução e fixação do deslocamento epifisário do radio distal direito, correção de lesão parcial do tendão patelar direito. Em 26/10/2015 foi submetido a tratamento cirúrgico para correção do radio distal esquerdo, com redução incruenta e fixação. Realizado tratamento conservador para fratura de acetábulo. Exame de Escanometria dos membros inferiores (04/02/2016); encurtamento à direita de aproximadamente 1,28 cm. A distância da crista ilíaca ao rebordo acetabular é menor à esquerda, de aproximadamente 0,11 cm.

QUESITOS:
1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
3) Houve perigo de vida? NÃO.
4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE DA FUNÇÃO DA MARCHA DE GRAU MODERADO (DÉFICIT FUNCIONAL ESTIMADO EM 50%).
5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO ÀS FRATURAS EM QUADRIL E PUNHOS.
6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
9) Resultou deformidade permanente? SIM, DEVIDO A MARCHA CLAUDICANTE.
10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dra. Silvana Maria Gomes de M. Linhares
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:157.393-4 CRM 4713/PB

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JÚLIO LIMA KURTSCHEK, 570 - ERNESTO GEISEL - CEP: 58071-100 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3221-1073
Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 28/03/2016 14:27:44
Emol:R$2,13 FEPJ R$0,42 FARPEN:R$0,25 ISS R$ 0,11
Digital- ADA73912-DFFB Consulte em
https://selodigital.tjpb.jus.br/cartorioceleida.com.br

11:46 01/04/2016 0085250 SEGURANÇA LIGR INPUT 4

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0838865/16
Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO
CPF: 137.197.644-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/10/2015
Titular do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUCAS MARTINS CARDOSO : 137.197.644-94
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 04/04/2016	Data: 04/04/2016
Nome: LUCAS MARTINS CARDOSO	Nome: Alessandra Gomes Magalhaes
CPF/CNPJ: 137.197.644-94	CPF: 140.420.527-62
LUCAS MARTINS CARDOSO	Alessandra Gomes Magalhaes

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: LUCAS MARTINS CARDOSO

DATA DO ACIDENTE: 07/10/2015 CPF DA VÍTIMA: 137 197 644 94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: ( ) VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É: PAI

ENDEREÇO DO PORTADOR: R. WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA

Nº: 201 COMPLEMENTO: BAIRRO: JARDIM VENEZA

CIDADE: JOÃO PESSOA UF: PB CEP: 58034 435

E-MAIL: TELEFONE: (83) 32553727

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) 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

(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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

(X) 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)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- 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
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 28/03/2016

IDENTIDADE: 1954696 SSP/PB

ASSINATURA: [illegible]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA: 28/04/16 MATR. CORREIOS: 8477789-3

NOME: José Roberto L. de Menezes [illegible]

Correios - Adm. Comercial

Mat. 8477789-3

ASSINATURA:

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial Youtube.com/dpvatoficial Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
José Cardoso Sobrinho	

ENDEREÇO / Address

R. Wellington José De Souza, 201, JD Veneza

CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58044-355	João Pessoa	PB	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG

SEDEX

99122806362011-DR/RJ

Seguradora Líder-DPVAT

Correios

Correios ☐ AR ☐ MP

SEDEX

PESO (kg)

FC092B03

DJ 50699147 0 BR

0

ER - DPVAT

E / Phone Number

DPVAT 0800 0221204

PAÍS / Country

BRASIL

ATENDIMENTO

Correios

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO CARDOSO SOBRINHO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1331696 SSP PB

CPF
855.135.[illegible]-91

DATA NASCIMENTO
10/05/1972

FILIAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS CARDOSO
MARIA DA PENHA LUIZ CARDOSO

PERMISSÃO | ACC | CATEGORIA
[redacted] | [redacted] | AB

Nº REGISTRO
09958003862

VALIDADE
20/07/2016

1ª HABILITAÇÃO
25/10/2006

OBSERVAÇÕES

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
26/09/2011

50849543846
RG022542701

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

4705301116

11:46 01/04/2016 085247 SEQUENCIAL LIER GRAU 4

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3531810 DATA DE EXPEDIÇÃO: 15 MAR 2007

NOME: LUCAS MARTINS CARDOSO

João Cardoso Sobrinho
FILIAÇÃO

Joelma Martins da Costa

João Pessoa-PB. 11.12.2000
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.76.482-Fls.151-Liv.A-76
DOC ORIGEM

3º Cart.de João Pessoa-PB.
CPF

João Pessoa - PB
LOCAL

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 4 "T4%"

Sinistro Configurações

Filtros
- Lista de sinistros
  - Caixa de entrada
  - Caixa de retorno
- Buscar processo
- Legenda
- Recepção

Resumo

ASL	Nº Sinistro	Data dh. doc.	Sequência	Vítima	Natureza
ASL-0838865/16	3160232301	28/03/2016	1	LUCAS MARTINS CAR...	Invalidez

Detalhe do Sinistro

Sinistro | Qualificação | Pessoas | Pagamento | Histórico

Data	Ação	Comentário
07/04/2016 15:31	Documentação pendente	CIELLY FARIA DE ARAUJO (COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: - Boletim de ocorrência - Outros - Declaração do Proprietário do Veículo Observações:
07/04/2016 15:25	Edição de pessoa	O usuário CIELLY FARIA DE ARAUJO editou os dados da pessoa LUCAS MARTINS CARDOSO.
07/04/2016 11:05	Distribuir	FABIANA SILVA DE OLIVEIRA (COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para CIELLY FARIA DE ARAUJO
07/04/2016 03:27	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.
07/04/2016 03:26	Documentação digitalizada	O usuário Iron Mountain do Brasil (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.
06/04/2016 08:50	Emissão de protocolo	O usuário Iron Mountain do Brasil (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos da remessa 754564294.
04/04/2016 16:33	Aviso Seguradora Líder	Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por Alessandra Gomes Magalhães (SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO). Número do aviso: ASL-0838865/16 Dados da vítima Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO CPF: 13719764494 CPF de: Próprio Titular do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO Data de nascimento: 11/12/2000 Data do sinistro: 07/10/2015

Mostrar próximo | Exibir Documentos | Cancelar

Ações | Página 1 de 1 | Mostrando 1 item de 1

Sinistros Consultas

Usuário: joulmere.villar

Filtros

Lista de sinistros

Caixa de entrada

Caixa de retorno

Buscar processo

Legenda

Recepção

Resumo

ASL	Nº Sinistro	Data dt. doc.	Seqüência	Vítima	Natureza
ASL-0838865/16	3160232301	28/03/2016	1	LUCAS MARTINS CAR...	Invalidez

Detalhe de Sinistro

Sinistro | Qualificação | Pessoas | Pagamento | Histórico

ASL: ASL-0838865/16

Nº do sinistro: 3160232301

Num. Sequência: 1

Natureza do sinistro: Invalidez

Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Proprietário

Status: Documentação pendente - aguardando

Dependência: 801 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊN...

Agência Correio: AGUA FRIA

DADOS SINISTRO

Data da reclamação: 28/03/2016

Data do sinistro: 07/10/2015

Data último documento: 28/03/2016

Horário: 20:00

DADOS DA VÍTIMA

Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO

Data de nascimento: 11/12/2000

CPF: 137.197.644-94

CPF de: Próprio

Sexo: Masculino

Titular do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO

Mostrar próximo

Exibir Documentos

Cancelar

Ações

Página 1 de 1

Mostrando 1 item de 1

```
*==================================================================================
* Megadata Computacoes              D.P.V.A.T.                 09/05/2016  16:36:34
*     Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre
* DPV010T        ****  CONSULTA POR NOME DO SINISTRADO  ****    D075 / DPV042P
*==================================================================================
 ANO / NUM. / LANC -      3160 / 232301 / 01   COD. DEPEND .. - 801
 COD. SEG. .... - 2879                         TIPO DOCUMENTO - 0    EX -
 NUM. DOCUMENTO - PB000000003                  DT.CADAST.PARC.- 00 / 00 / 0000
 CATEGORIA .... - 09                           DT. SINISTRO . - 07 / 10 / 2015
 DT. CADAST.... - 07 / 04 / 2016               DT. RATEIO ... - 00 / 00 / 0000
 NATUREZA ..... - 2                            CPF VITIMA     - 13719764494
 NOME DA VITIMA - LUCAS MARTINS CARDOSO
 DT. NASC. .... - 11 / 12 / 2000               VALOR INDENIZ. -              0,00
 SEQUENCIA .... - 001                          VLR COR.MON/JUR-
 COD. REC/RECL. - 1                            DT. PAGAMENTO  - 00 / 00 / 0000
 NOME RECEBEDOR -
 CPF/CGC RECEB. - 00000000000000               DT. ATUALIZ... - 07 / 04 / 2016
 PROCURADOR/INT.-
 CPF/CGC PRC/INT-                              BOLETIM ...... - 00289.01.201
 DELEGACIA .... - DPC                          UF DELEGACIA   - PB
 REGULACAO .... - 0                            SUB-JUDICE ... -     DT. RECEB.
 DT. RECLAMACAO - 28 / 03 / 2016               CONF. PGTO -         /    /
*==================================================================================
  ENTER = CONTINUAR                 PF03 = FIM                  PF07 = VOLTA MENU
```

Complemento

Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LUCAS MARTINS CARDOSO

DATA DO ACIDENTE 07/10/2015 CPF DA VÍTIMA 137.197.644-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É PAI

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA

Nº 901 COMPLEMENTO BAIRRO JARDIM VENEZA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58084-435

E-MAIL TELEFONE (83) 3255-3127 9 8713-1814

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) 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 DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) OUTROS DOCUMENTOS: BOLETIM DE OCORRÊNCIA E DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

- **O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT**
- **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**
- **TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS**

ÁGUA FRIA 20 ABR 2016

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/04/2016

IDENTIDADE 4705301 6

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

PB

DATA 20/04/2016 AGENTE CORREIOS 89134737

NOME Waldecleia da Cruz Gomes

ASSINATURA

Waldecleia da Cruz Gomes
Agente de Correios - Atv. Comercial
Mat. 8.913.473-7

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 3 28/03/2016 09:26 1111396 P1

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta nº: 8956240

A/C: LUCAS MARTINS CARDOSO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vítima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÃªNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/10/2015.** Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrÃªncia nÃ£o conclusivo
- DeclaraÃ§Ã£o do ProprietÃ¡rio do VeÃ-culo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÃNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro. 30D

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Protocolo: 5630958

Seguradora Líder • DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.dpvatsegurodotransito.com.br

LUCAS MARTINS CARDOSO
RUA WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA, 201
JARDIM VENEZA
CEP 58084-435 - JOÃO PESSOA - PB

JS207862646BR

1128

Seguradora Líder • DPVAT

0830853/16

REMETENTE / Sender

João Gonçalves Sobrinho

TELEFONE/Phone number

ENDEREÇO/Address

Jardim 1º de 23

Rua. Wallington José de Souza nº 201

CEP/Zip 58059-415

CIDADE/City João Pessoa

UF/State PB

PAÍS/Country

765000636

"RECICLAR MATÉRIAS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃ

Mudou-se

Recusado

Desconhecid

Não procura

Ausente

Tentativas de en

1ª __/__/__

Informação

Reintegrad

Data: __/__/__

10/15

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta n°: 8954470

A/C: LUCAS MARTINS CARDOSO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vitima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÃ⍰NCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00135/00136 - carta_01
00020068

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta n°: 8956240

A/C: LUCAS MARTINS CARDOSO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vitima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÃªNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrÃªncia nÃ£o conclusivo
- DeclaraÃ§Ã£o do ProprietÃ¡rio do VeÃ-culo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÃ□NCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01725/01726 - carta_03
00040863

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2016

Carta n°: 9708769

A/C: LUCAS MARTINS CARDOSO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vitima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de nascimento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00877/00878 - carta_03
00070439

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10523961

A/C: JOAO CARDOSO SOBRINHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vitima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00989/00990 - carta_03
00050495

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta n°: 10709071

A/C: JOAO CARDOSO SOBRINHO

Sinistro:	**3160232301 ASL-0838865/16**
Vítima:	**LUCAS MARTINS CARDOSO**
Data Acidente:	**07/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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.seguradoralider.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01039/01040 - carta_02
00060520