



Número: **0883014-02.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 18.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO CARDOSO SOBRINHO (AUTOR)		HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
LUCAS MARTINS CARDOSO (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34947 415	30/09/2020 16:14	2753604_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº: 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





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 CARDOSOPORTADOR(A) DO RG Nº 3537870 EXPEDIDO POR SSD SP EM 25/03/2007CPF 030909090909090909 / CNPJ 000000000000000000, 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 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 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 BRADESCOBANCO 237 • AGÊNCIA 04359 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 99784-8☐ 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 IPA / PBDATA 25/03/16ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) João Guilherme Sabarinho

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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:14:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016141721000000033402992>

Número do documento: 20093016141721000000033402992

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

JOAO PESSOA

PO

CPF: 3402316274623 Tel.:
Ins Est.: 160749500

COMPROMISSO DO CLIENTE (2a. Via)

Horário: 26/03/2016 Hora: 15:38:59
Caixa: 73065204 Matrícula: 84777893
Lançamento: 025 Atendimento: 00020
Modalidade: A Vista TO Tiquete: 1111879689

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(US)
CPF - CORRECAO	1	0,00
Valor do Portefólio(R\$):	0,00	
Valor da Isenção(R\$):	0,00	
OBJETO: IF51490122868		

Obj. Postado após horário fim post. ag. DI (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: IF51490122868
Data e Hora: 26/03/2016 15:38:59
CPF do Contribuinte: 137.717.614-34
Nome Completo: LUCAS MARTINS CARVALHO
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
Município: JOAO PESSOA
UF: PB
CEP: 58084435
Telefone:
Celular:
Indicador de Impressão: 2
Codigo de Ocorrência: 01

1146 01/04/2016 085248 58084435 LUCAS MARTINS CARVALHO

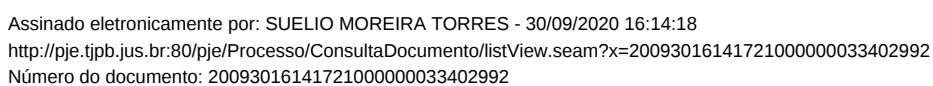
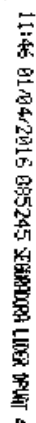
Para concluir seu pedido, compareça a uma unidade da Receita Federal até 26/03/2016. Acesse www.receita.fazenda.gov.br/di/115ue146. Para obter informações sobre endereço das unidades da Receita Federal e outros documentos necessários no caso de pedido por Procurador, estrangeiro, para menor o incapaz.

Obj. Postado após horário fim post. ag. DI (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 8538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e Reclamações: 08007257100-www.correios.com.br







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 CANDOSO

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

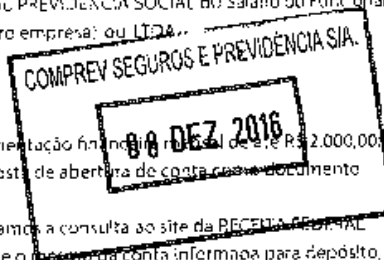
CPF 133097644-94 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO ESTUDANTE

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 CANDOSO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, 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 aparecem 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 Lotéricas 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 caso o 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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) 00023852-8

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 DOLO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOAS PEREIRA 12 de NOVEMBRO de 2016
LOCAL E DATA

X. João Barbosa Sobrinho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

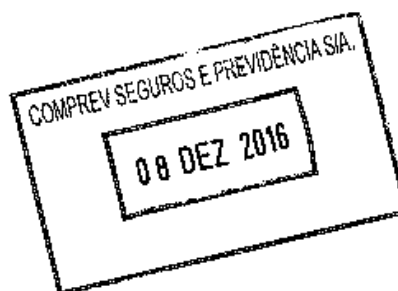
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:14:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016141721000000033402992>

Número do documento: 20093016141721000000033402992



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 CARLOS SOBRINHO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.554.696 EXPEDIDO POR SSP / PB EM 02/06/16 E

CPF 855135124-00 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PESSOAL

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUCA MARTINS CARDOSO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO

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) 00023852-8

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 JAN de 2017 x João Carlos Sobrinho

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

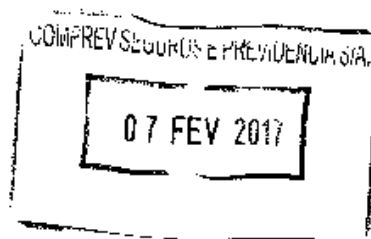
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:14:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016141721000000033402992>

Número do documento: 20093016141721000000033402992



Secretaria da
Segurança e 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 POLÍCIA, 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 POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 105.602-3

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSECELINO KURTSCHEK, S/Nº - EDIFÍCIO GBSB - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX (83) 3211-4073
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA DOS SANTOS
FERREIRA SILVA - Tabelião. em 28/03/2016 13:18:56
Email: R42,13 FERV R40,42 FAXEN: R40,23 156 R4 0,11. Selo
Digital- ADA73900-D2M3 Consulte em
<https://seloibntat.tinco.net.br>



Procedimento: 00289.01.2016.1.02.202

11:46 01/04/2016 085243 SENADOR LUIZ LOPES 4





**GOVERNO
DA PARAIBA**



ERTÍFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa
ro de Ocorrência Policial Nº 00289.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a
a: Ao(s) 16 dia(s) do mês de Fevereiro do ano de 2016, nesta cidade de João
pecializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a)
al, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTONIO**
SCRIVÃO DE POLÍCIA, às 15:31 horas, compareceu **JOÃO CARDOSO**
alidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade Caiçara, data de
aio de 1972, idade 43, filiação Maria da Penha Luiz Cardoso e Francisco de
mento - CPF: 855.135.124-91, residente Rua Wellington José de Souza, 201,
idade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98713-1814

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 LXYYCBL01E0519299, pela Rua José Dantas de Almeida, no conjunto Jardim Venezuela, 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.

João Pessoa (PB) 16 de Fevereiro de 2016

João Bernardo Sobrinho

Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Pol. de. Civil
Mat. 135.602-3

DOCUMENTO 1 "T10%"



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DE CAPITAL

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1970-80-600-000

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELENO COSTA

PEREIRA SILVA - Tabelão em 20/04/2016 10:59:03

Emp1:R\$2.13 FEBJ R\$0.42 FARPEN:R\$0.25 ISS R\$ 0.11.

Digital- ADC0844-YESU Consulte en

<https://scelodigital.library.usf.edu/handle/9057/68>

Procedimento: 00289.01.2016.1.02.202





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

Serviço Registral Dutra Pessoa

3º Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa
Munda do Fátima Delgado Leal

TITULAR

Ricardo Dutra Pessoa Filho

SUBSTITUTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

08 DEZ 2016

Certidão de Nascimento Nº 46.482

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 2009, o registro de nascimento de Ricardo Martins Landeiro

do sexo masculino nascido (a) no dia 11 de dezembro de 2009 às 11 horas e 15 minutos, filho (a) de João Landeiro Galvão

e de Yasmina Martins da Costa

Avós Paternos: Emmanuel de Assis Landeiro e Maria de Paula Beniz Landeiro

Avós Maternos: Paulo Martins da Costa e Maria de Carmo Gonçalves Martins

Foi Declarante o pai

Observações: _____

O referido é verdade e dou fé

João Pessoa 21 de Dezembro de 2009

[Assinatura]
A Oficial





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 36.482

Certifico que às fls. 151 do livro A 76 de registro de nascimentos
arquivados neste Cartório consta que foi lavrado no dia 31 de dezembro de 2000
o registro de nascimento de Ricardo Martins Landeiro
do sexo masculino nascido (a) no dia 31 de dezembro de 2000 às 1
horas e 15 minutos, Maternidade em João Pessoa neste
Cartório filho (a) de João Landeiro Sobrinho
e de Jaquima Martins da Costa
Avós Paternos: Francisco de Assis Landeiro e Maria de Penha
Landeiro Avós Maternos: Paulo Martins de
Penha e Maria de Carmo Cartões Martins
Foi Declarante o p.a.

Observações:

O referido é verdade e dou fé

João Pessoa 31 de dezembro de 2000

[Assinatura]
A Oficial





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



João Pessoa, 19 de Outubro de 2015

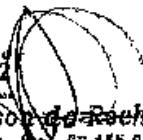


DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 510/112, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre 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.

11/06/01/04/2016 085253 SENADOR HUMBERTO LUCENA 4

João Pessoa, 19 de Outubro de 2015.


Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Ref. 57.135-6 - SAMU 192 JP

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

Rua: Diógenes Chiança, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (03) 3218-9242; 3218-9125





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO CARLOS SOBRINHO

RG nº 7.554.696, data de expedição 26/07/19 Órgão SSP/PB

CPF nº 855.935.124-91, 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)	<u>R. WELLINGTON José Dr Souza</u>
Número	<u>201</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>JARDIM VENEZA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58084-435</u>
Telefone de Contato	<u>83 3255 3124</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 28/03/16

Assinatura do Declarante: João Carlos Sobrinho



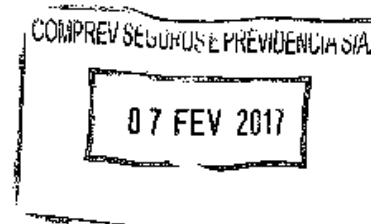
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 JOSE DE SOUZA
Número	SIN - QD 19 - LT 03
Apto / Complemento	CASA
Bairro	JD. VENEZA
Cidade	JOAS PESSOA
Estado	PARNÁIA
CEP	58084-435
Telefone de contato	(83) 98890-4343/98713-1814
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAS PESSOA, 27/01/2017.Assinatura do Declarante: X Lucas Martins CardosoJoão Cardoso Sobrinho

JUELMA MARTINS DE FORTES
R. MARLI MOTON - OSCE DE SUICIDA - FAV. Q. N. C. - J. D. VENEZA
JACAO FESB - JAC. FB CEP 20034-406 (AC)

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL - BARRAGEM MONTEFASCO - BARRAGEM MONTEFASCO - BARRAGEM MONTEFASCO - BARRAGEM MONTEFASCO
Roteiro 3-2-034-1080 Roteiro 3-2-034-1080 Roteiro 3-2-034-1080 Roteiro 3-2-034-1080
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a

Canal de contato 5/117961-1

Jan/2017
Apresentação

08/01/2017
Data prevista da
próxima leitura

03/02/2017
CPF/CNPJ/RAN

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo	Dias
01/01/17	13953	08/01/17	14018	65	31
Descrição					
Consumo até 30 kWh-BR		Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo até 31 a 100 kWh-BR		30	0,16014	4,80	
Consumo até 101 a 200 kWh-BR		70	0,25740	18,01	
Consumo até 201 a 240 kWh-BR		46	0,36711	16,81	
Sustentação				24,17	
ICMS				28,30	
IPIS				1,01	
CONTRIB				4,66	
HISTÓRICO DE CONSUMO					
(kWh)				2,47	
CONTRIB SERV. M. PÚBLICA				24,17	

Dez/16 146
Nov/16 144
Out/16 124
Set/16 131
Ago/16 144
Jul/16 125
Jun/16 146
Mai/16 148
Abr/16 136
Mar/16 179
Fev/16 164
Jan/16 163

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	07,02	28,30

Média das últimas 12 meses

13/01/2017 R\$ 75,92

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL

Indicador	Valor	Limite
DESEMPENHO	0,00	0,02
DESEMPENHO	0,00	0,02
DESEMPENHO	0,00	0,02
DESEMPENHO	0,00	0,02
DESEMPENHO	0,00	0,02

Descrição	Valor (R\$)	%
Preço de Distribuição	19,14	25,14
Preço de Energia	18,01	23,72
Preço de Manutenção	1,47	1,92
Preço de Serviços	8,14	10,71
Preço de Outros	34,90	46,01
Total	76,02	100,00

07 FEV 2017

RECIBO 4-2-034-1080

13/01/2017 R\$ 75,92

8366000000-1 75920149000-1 11179612317-3 0103020009-3





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO CARDOSO SOBRINHO,RG nº 470530116, data de expedição 26/09/2011Órgão DETRAN/PB portador do CPF nº 855.135.124-91, comdomicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado dePARAIBA, 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 eraLUCAS MARTINS CARDOSOVeículo: F/SHINERAY XY50A PHOENIXModelo: 2014Ano: 2013Placa: OEW 2241/PBChassi: LX4XCBL01E0519299Data do Acidente: 07/10/2015Local e Data: João Pessoa, 20 de abril de 2016João Cardoso Sobrinho
Assinatura do DeclaranteJoão Cardoso Sobrinho

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

448-00334 11/09/2016 11:19:21





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCAS MARTINS CARDOSO
DATA DE NASCIMENTO	11/12/00
NOME DA MÃE	JOELMA MARTINS DA COSTA

DADOS EXTRAÍDOS

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 MOTOCICLISTICÓ (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


Dr. 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 SENADOR LUCENA IMPR 4





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Silvia Montenegro Ladeira</u>		Registro: <u>871284</u>	
Idade: <u>74 anos</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Ortopedia</u>
Data de admissão: <u>07/10/17</u>		Data da alta: <u>29/10/17</u>	
Diagnóstico inicial:			
Diagnóstico final:			
Outros diagnósticos: <u>Fratura punho (E) e Fratura metacarpo (C) + Lesão tendão pulso (D) parcial</u>			
Principais exames: <u>R e TC</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>07/10/17 - Dr. Collares + Dr. Gomes - Fratura punho (E) + Fratura metacarpo (C)</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Antibiótico por via intravenosa com monitorização de função renal e hepática</u>			
Anatomia patológica: <u>biópsia após este procedimento</u>			
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: <u>paciente submetida a cirurgia de fratura de punho (E) e</u> <u>tratamento conservador de fratura transverso de metacarpo (C)</u>			
Dieta: <u>alim. livre</u>			
Repouso: <u>relativo em casa por 15 dias</u>			
retorno às atividades sem esforço físico em <u>15 dias</u>			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30 dias</u> e com maior em, <u>45 dias</u>			
Cuidados com a ferida operatória: 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: <u>Doríficos + ATB</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>30 dias</u> para retirada de ponto Ao ambulatório <u>em 30 dias para revisão.</u>			
João Pessoa: <u>29</u> de <u>10</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico / CRM <u>Glencia Zambuzzi Mekoni</u> <u>Medico - ORT - Ortopedia</u> <u>CRM-PA 3087</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

U1146 01/04/2016 08:52:52 SENADOR HUMBERTO LUCENA 4





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	MUNICÍPIO:	JOÃO PESSOA	UF:	PARAÍBA
PACIENTE:	Lucas M. Cardoso		IDENT.:		
ENDEREÇO:			IDADE:		
BAIRRO:			ORIGEM: C.P.A.M-JAGUARIBE		
DADOS CLÍNICOS			ESPEC. MED. REQUISITANTE		
MATERIAL A EXAMINAR			AMBULAT. () ENFERM. () HOSPITALAR () COMPLEXO DE PEDIATRIA Arlinda Marques AMBULATÓRIO RADIOLOGIA		
04/09/16 DATA			CARIMBO E RUBRICA		

Dr. João Fernando Fernandes
Médico
COMPRASAT COM.FE. 21101

Recebo a solicitação de exames e retorno
Recebo imediata/ out let
VERSÃO 1.000 3 20-10-2016 09:23 111195 1/1

DOCUMENTO 3 "T39%"

PA 261111 92460 9782-335-82 E. 2009/09/20/16:14:18



ESTADO DA PARAIBA - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA PARAIBA
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	MUNICÍPIO:	JOÃO PESSOA UF: PARAIBA
PACIENTE:	Lucas m. castro		IDENT.:
ENDEREÇO:			IDADE:
BAIRRO:			ORIGEM: C.P.A.M-JAGUARIBE
DADOS CLÍNICOS		ESPEC. MED. REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR		AMBULAT. () ENFERM. () HOSPITALAR ()	
☐ Hemograma ☐ Glicemia Jejum ☐ Cálcio ☐ Albumina ☐ Fósforo ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Sumário Urina		☐ Parasitológico Fezes ☐ TGO ☐ TGP ☐ Uréia ☐ Creatinina ☐ Colesterol Total e Frações ☐ Triglicerídeos ☐ VHS	
☐ Glicemia pós-prandial ☐ Hemoglobina Glicada A1c ☐ Gama Gt ☐ Sódio ☐ Potássio		☐ PCR ☐ VHS	

04,04,16
DATA

CARIMBO E RUBRICA

Complexo de Pediatria ARLINDA MARQUES
RADIOLÓGIA
Dr. Alexandre F. M. M. Med. 22104

Recebeu a requisição do Dr. e assinou
Recebeu a requisição do Dr. e assinou

CARTÓRIO DELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA DE SANTO ANTONIO, 13 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TEL: 3361-1111
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. DELEIDA OSMAR FERREIRA SILVA - Tabelião, em 20/04/2016 10:21:19
End: R. 13, 13 FERJ R. 40, 42 FAPEN: R. 40, 25 ISS R. 0, 11, S.
ADCOB39-YBYX Consulte em
selodigital@tjpb.jus.br



		PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e				NÚMERO 1010137
						CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 0A7D5Q11R
DADOS BÁSICOS						
DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA	
18/04/2016	18/04/2016	Não				
PRESTADOR DOS SERVIÇOS						
	NOME / NOME EMPRESARIAL		NOME DE FANTASIA		CPF / CNPJ	
	NOVA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA-EPP		NOVA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		04.489.715/0001-00	
	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO	OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL	OPTANTE PELO SIMEI	
	949162	Exigível		Não	Não	
LOGRADOURO				NÚMERO		
AV PRES EPIFÂNIO PESSOA				0857		
COMPLEMENTO				BAIRRO		
				BAIRRO DOS ESTADOS		
MUNICÍPIO				ESTADO		PAÍS
João Pessoa				PB		BRASIL
CEP	TELEFONE	E-MAIL				
58036-001	(83) 2167-2638	financeiro@novadiagnostico.com.br				
TOMADOR DOS SERVIÇOS						
NOME / NOME EMPRESARIAL		CPF / CNPJ		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		
LUCAS MARTINS CARDOSO		885.135.124-91				
LOGRADOURO				NÚMERO		
Rua Wellington José de Souza				201		
COMPLEMENTO				BAIRRO		
				Jardim Venezia		
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, eletrodiagnóstico médico, 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		
RETEÇÕES 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						

VERIFICAR: DATA IMPR 3 20-09-2016 00:23 11194 1/1





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

Lucas matheus cardoso

Soluto

- Te de Bacia

04/04/16

ASSISTENTE SOCIAL
MÉDICO
TRABALHO SOCIAL

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

11/03/11 13:46:20 28-03-2016 09:23 1119314



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 CLETO

PEREIRA SILVA - Tabelia, em 20/04/2016 10:21:34

Emol:R\$2,13 FEPO R\$0,42 FAPPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11

Digital- ADC08640-FT05 Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>





ASL-0833865/16
Isa.com.br:801
07/02/2017 14:46:50

ASL-0833865/16
Isa.com.br:801
07/02/2017 14:46:50

ASL-0833865/16
Isa.com.br:801
07/02/2017 14:46:50

ASL-0833865/16
Isa.com.br:801
07/02/2017 14:46:50

CÓPIA

ASL-0833865/16
Isa.com.br:801
07/02/2017 14:46:50

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Nome: JOÃO CARDOSO SOBRINHO
CPF: 353181015
Data de Nascimento: 15/03/2007
Filiação: FRANCISCO DE ASSIS CARDOSO
MÃE: DA PENHA LUIZ CARDOSO
Data de Registro: 20/07/2016
Local de Registro: 29/10/2016

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL: 353181015 MAR 2007
Nome: LUCAS MARTINS CARDOSO
Filiação: João Cardoso Sobrinho
Joelma Martins da Costa
João Pessoa-PB
Cert. Nasc. 76.482-Fis. 151-Liv. A-76
3ª Cart. de João Pessoa-PB.
CPF: 353181015



C: 117516

Laudos nº 03-01-06-822016-01362

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 ovais 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 CEILEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUBILEU KURTSCHEV, 571 - ERNESTO GEISEL - CEP 50070-000 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL: (51) 3221-1072
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que se foi exibido. Dou fé. **CEILEIDA CUSHO PEREIRA SILVA** - Tabelião, em 28/03/2016 14:27:44
Eml:R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FASPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11
Digital- ADA73912-DFFB Consulte em
<https://solodigital.intel.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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

Data: 04/04/2016
Nome: LUCAS MARTINS CARDOSO
CPF/CNPJ: 137.197.644-94

LUCAS MARTINS CARDOSO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/04/2016
Nome: Alessandra Gomes Magalhães
CPF: 140.420.527-62

Alessandra Gomes Magalhães





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Lucas Martins Cardoso
 DATA DO ACIDENTE 03/10/2015 CPF DA VÍTIMA 134.197.644-94
 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 2.01 COMPLEMENTO JARDIM VENEZA BAIRRO JARDIM VENEZA
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58084-135
 E-MAIL joao.pessoa@brtur.com.br TELEFONE (31) 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:

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- (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 (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) 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 - DMS

- () 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 (DMS) = 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, ACESSSE 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 1954.696.551/103
 ASSINATURA João Roberto L. de Mendonça

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 28/04/16 MATR. CORREIOS 844408
 NOME João Roberto L. de Mendonça
 ASSINATURA 1954.696.551/103



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:14:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016141721000000033402992>

Número do documento: 20093016141721000000033402992

Num. 34947415 - Pág. 27

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	
JOÃO CARLOS SOBRINHO			
ENDEREÇO / Address			
R. WELLINGTON JOSÉ DE SOUZA, 207, JD Vitoria			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58084435	JOÃO PESSOA	PB	



RECYCLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE





0
ER - DPVAT

Phone Number DPVAT 0800 0221204
PAÍS / Country BRASIL

ATENDIMENTO



DOCUMENTO 4 "T4%"



Sistema de Conciliações

Filtros	Resumo												
Lista de sinistros Caixa de entrada Caixa de retorno Buscar processo	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ASL</th> <th>Nº Sinistro</th> <th>Data de. doc.</th> <th>Sequência</th> <th>Vítima</th> <th>Natureza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASL-0838865/16</td> <td>3160232301</td> <td>28/03/2016</td> <td>1</td> <td>LUCAS MARTINS CAR...</td> <td>Invalidez</td> </tr> </tbody> </table>	ASL	Nº Sinistro	Data de. doc.	Sequência	Vítima	Natureza	ASL-0838865/16	3160232301	28/03/2016	1	LUCAS MARTINS CAR...	Invalidez
ASL	Nº Sinistro	Data de. doc.	Sequência	Vítima	Natureza								
ASL-0838865/16	3160232301	28/03/2016	1	LUCAS MARTINS CAR...	Invalidez								

Legenda	Detalhe de Sinistro																					
Recepção	☐ Sinistro ☐ Qualificação ☐ Pessoa ☐ Pagamento ☐ Histórico <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Ação</th> <th>Observações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>07/04/2016 15:31</td> <td>Documentação pendente</td> <td> - Boletim de ocorrência - Outros - Declaração do Proprietário do Veículo Observações: O usuário CIELLY FARIA DE ARAUJO editou os dados da pessoa LUCAS MARTINS CARDOSO. </td> </tr> <tr> <td>07/04/2016 11:05</td> <td>Distribuir</td> <td>FABIANA SILVA DE OLIVEIRA (COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A) encaminhou a regulação do sinistro para CIELLY FARIA DE ARAUJO.</td> </tr> <tr> <td>07/04/2016 03:27</td> <td>Carga realizada</td> <td>O usuário Serviço Tasker (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.</td> </tr> <tr> <td>07/04/2016 03:26</td> <td>Documentação digitalizada</td> <td>O usuário Iron Mountain do Brasil (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que concluiu a digitalização dos documentos do sinistro.</td> </tr> <tr> <td>06/04/2016 08:50</td> <td>Emissão de protocolo</td> <td>O usuário Iron Mountain do Brasil (Iron Mountain do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos da remessa 754564294. Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por Alessandra Gomes Magalhães (SEGURADORA LIDER DOVAT - REGULAÇÃO). Número de aviso: ASL-0838865/16</td> </tr> <tr> <td>04/04/2016 16:33</td> <td>Aviso Seguradora Líder</td> <td> Dados da vítima Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO CPF: 13719764494 CPF do: Próprio Vítima do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO Data de nascimento: 11/12/2000 Data do sinistro: 07/10/2015 </td> </tr> </tbody> </table>	Data	Ação	Observações	07/04/2016 15:31	Documentação pendente	- Boletim de ocorrência - Outros - Declaração do Proprietário do Veículo Observações: 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. Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por Alessandra Gomes Magalhães (SEGURADORA LIDER DOVAT - REGULAÇÃO). Número de aviso: ASL-0838865/16	04/04/2016 16:33	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO CPF: 13719764494 CPF do: Próprio Vítima do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO Data de nascimento: 11/12/2000 Data do sinistro: 07/10/2015
Data	Ação	Observações																				
07/04/2016 15:31	Documentação pendente	- Boletim de ocorrência - Outros - Declaração do Proprietário do Veículo Observações: 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. Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por Alessandra Gomes Magalhães (SEGURADORA LIDER DOVAT - REGULAÇÃO). Número de aviso: ASL-0838865/16																				
04/04/2016 16:33	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: LUCAS MARTINS CARDOSO CPF: 13719764494 CPF do: Próprio Vítima 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2020 16:14:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093016141721000000033402992

Número do documento: 20093016141721000000033402992

Num. 34947415 - Pág. 31

Filtros	Resumo
Lista de sinistros	ARL Nº Sinistro Data do doc. Sequência Vítima Natureza
Caixa de entrada	ASL-0838865/16 3160232301 28/03/2016 1 LUCAS MARTINS CAR... Invalidez
Caixa de retorno	
Buscar processo	

Legenda	Detalhe do Sinistro
Recepção	Sinistro Qualificação Pessoa Pagamento Histórico
	ASL: ASL-0838865/16
	Nº do sinistro: 3160232301
	Seguradora: COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
	Dependência: 801
	Agência Correo: AGUA FRIA
	Num. Sequência: 1
	Natureza do sinistro: Invalidez
	Status: Documentação pendente - aguardando

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
Titular do CPF: LUCAS MARTINS CARDOSO	Sexo: Masculino

Mostrar próximo	Exibir Documentos	Cancelar
-----------------	-------------------	----------



```
*=====
* 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 - PB0000000003              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. - 0000000000000000        DT. ATUALIZ... - 07 / 04 / 2016
PROCURADOR/INT.-
CPF/CGC PRC/INT-
DELEGACIA .... - DPC                    BOLETIM ..... - 00289.01.201
REGULACAO .... - 0                      UF DELEGACIA   - PB
DT. RECLAMACAO - 28 / 03 / 2016          SUB-JUDICE ... -      DT. RECEB.
CONF. PGTO -      /      /
*=====
ENTER = CONTINUAR          PF03 = FIM          PF07 = VOLTA MENU
```

Complemente



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LUCAS MARTINS CARDOSO
 DATA DO ACIDENTE 04/10/2015 CPF DA VÍTIMA 132.197.644-94
 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
 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 (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/04/2016
 IDENTIDADE 47053016
 ASSINATURA João Barbosa Sobrinho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DOS CORREIOS

DATA 20/04/2016 HORÁRIO 09:13:41
 NOME Wagner dos Reis Cruz
 ASS. NATURAL Agente de Correios - Aliv. Comércio
 Mat: 8.813.473-7



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.: EXIGÊNCIA 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 ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

K

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 PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro. 802

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





Seguradora Líder • DPVAT

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



JS207862646BR

128

Saiba + www.dpvatseguradoransist.co.br

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 encaminharia 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, tudo de você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora Líder • DPVAT



Protocolo: 5630958



10/75

0830853/16

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
João Carlos Sobrinho			
ENDERECO / Address			
Jardim - 18223			
Rua. Wellington José de Souza nº 201			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
70005-435	João Pessoa	29	
765000636			

RECYCLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

DEVOLUÇÃO

☐ Retornar ao remetente

☐ Retornar ao destinatário

☐ Não procurar

☐ Ausente sem tentativa de entrega

☐ Informação retornar

☐ Reintegrar

☐ Retornar ao remetente

Data: / /

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2016

Carta nº: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00135/00136 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

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.: EXIGÊNCIA 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 ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 PREVIDÊNCIA 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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2016

Carta nº: 9708769

A/C: LUCAS MARTINS CARDOSO

Sinistro: 3160232301 ASL-0838865/16
Vítima: 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 nº: 10523961

A/C: JOAO CARDOSO SOBRINHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160232301 ASL-0838865/16

Vítima: 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



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01039/01040 - carta_02

