



Número: **0818039-39.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DENILSON LUIS DA SILVA (AUTOR)	MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO) LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36570 911	12/11/2020 10:00	<u>Contestação</u>	Contestação
36570 929	12/11/2020 10:00	<u>2759842_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros Documentos
36570 932	12/11/2020 10:00	<u>2759842_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002146800000034911986>
Número do documento: 20111210002146800000034911986

Num. 36570911 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2014

Carta nº: 5621419

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DENILSON LUIS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001635-7

Conta: 0000047957-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-25 via - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA EEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luis da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA, 13/09/14.
Local e data

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
05
PÁGINA:



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2014

Carta nº: 5429184

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
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.dpvatsegurodotransito.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



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta n°: 5245204

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/09/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

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 MBM 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;

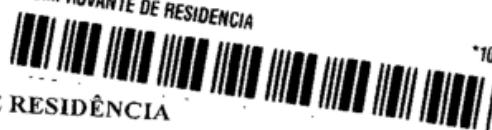
Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



1004040-

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

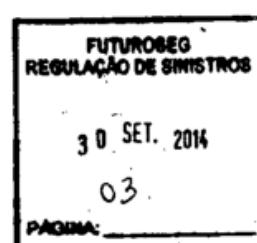
RG nº 2.873.588-2944 data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP1PB, CPF nº 064.444.544-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORONEL JOÃO COSTA E SILVA</u>
Número	<u>333-A</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JOÃO COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58080-410</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3225-8167/8838-4807/8890-4343</u>
E-mail	<u>irandpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 19/10/2014

Assinatura do Declarante: Denilson Luiz da Silva



ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL. JOAO COSTA E SILVA, 337/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58080-110 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 2 - 342 - 420 Referência: Fev/2014
NP medidor: 00008123842 Emissão: 10/07/2014

ENERGISA/PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br-230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58071-630
CNPJ 00 005.831/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica N°008.785.287
Código para Detalhe Automático: 00012081414

0044 3d1b 8217.7525 83c7.1228 dd5c.7c79

CDC (Código do Consumidor): 643861414

Fev / 2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478



Data Letra Data Lettra
17/01/14) 1544 18/02/14 - 1874

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	70	0,17621	12,54
Consumo em kWh	30	0,26862	8,06

IMPOSTOS E ENCARGOS:

IR	0,48
COFINS	2,26
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	1,30
JUROS DE MORA 01/2014	0,40
JUROS DE MORA 12/2013	0,54
MULTA 01/2014	1,18
MULTA 12/2013	0,92
MS (Base de Cálculo)	15,04

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013

0,08
0,19

VENCIMENTO:

25/02/2014

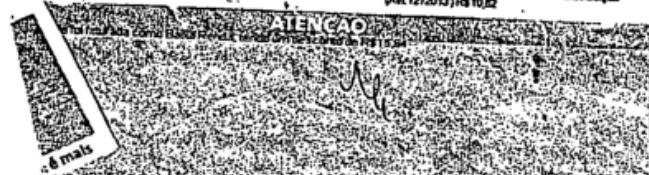
TOTAL A PAGAR:

R\$ 46,39

12/2013 - Novo mês

Descrição	Valor	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	11,83	25,61
Compre de Energia	8,08	17,61
Imposto de Transmissão	0,71	1,53
Encargos e Impostos	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	49,31
Outros Serviços	0,25	0,54
Total:	46,39	100,00

Valor do encargo da Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 12/2013) R\$ 10,02



FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE BIRISTROS
30 SET. 2014
04
PÁGINA: _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003

Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 6

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILSON LUIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

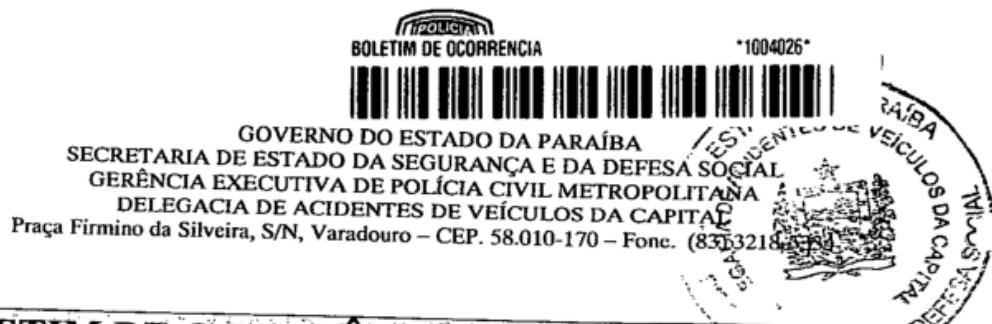
CONTA: 000000047957-8

Nr. da Autenticação CF50990DF145E1CF



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003>
Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014

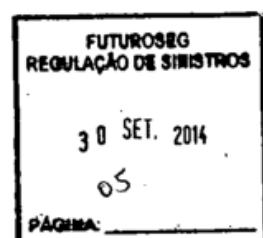
Aos dezenove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:07h, compareceu o (a) Senhor (a): **DENILSON LUIS DA SILVA**, brasileiro, natural de Canguaretama/RN, solteiro, com 27 anos de idade, Servente, Alfabetizado, filho de Almerindo Luis Aureliano e de Maria Francisco Aureliano, RG. 2.873.588-SSP/PB, residente na Rua Coronel João Costa e Silva, nº 333, conjunto Costa e Silva, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 30/07/14, por volta das 12:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/POP 100, cor vermelha, ano 2009, de placa NPT-0075/PB, chassi nº 9C2HB02109R406470, registrada em nome de Maria José dos Santos Quirino, por uma via que fica localizada no Bairro dos Estados, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido lesão do ombro esquerdo, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de setembro de 2014.

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

Escrivão

Denilson Luis da Silva
Notificante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014834775 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEQUELA NÃO DEFINIDA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2041834245 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, DENILSON LUIS DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.873.588-2 VIA EXPEDIDO POR SSP/PR EM 23/10/13CPF 06999999999-09 CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO

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

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatasegurodotransito.com.br PÁGINA: 01

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44957-8

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 44957-8

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 Pedro, 06 de outubro de 2014 Denilson Luis da Silva

LOCAL E DATA

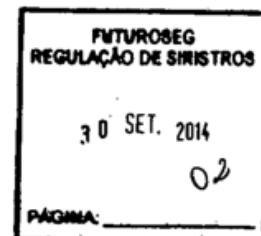
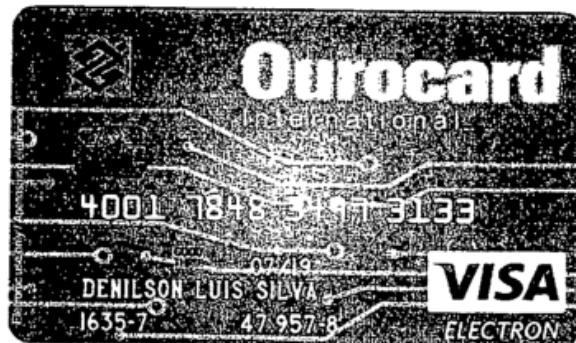
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 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 médica-hospitalares.

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





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014834775 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON LUIS DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO
médico pericial: OMBRO ESQUERDO, COM DÉFICIT DE FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO NÃO DIAGNOSTICADA CORRETAMENTE E NÃO TRATADA ADEQUADAMENTE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/10/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

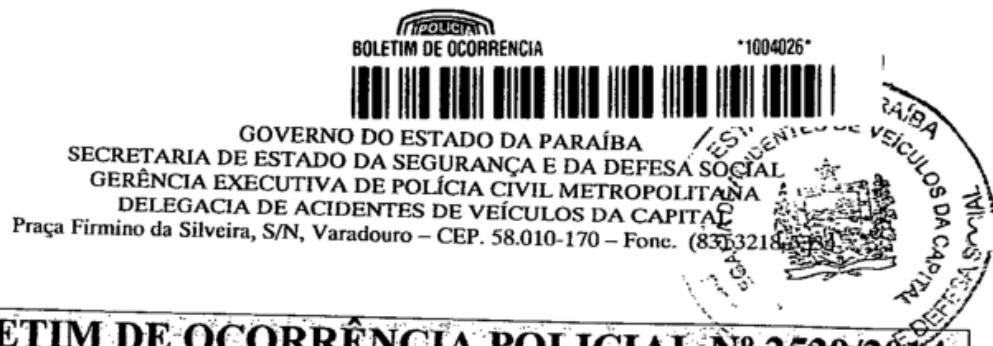
Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014

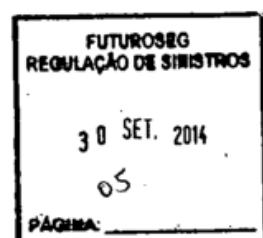
Aos dezenove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:07h, compareceu o (a) Senhor (a): **DENILSON LUIS DA SILVA**, brasileiro, natural de Canguaretama/RN, solteiro, com 27 anos de idade, Servente, Alfabetizado, filho de Almerindo Luis Aureliano e de Maria Francisco Aureliano, RG. 2.873.588-SSP/PB, residente na Rua Coronel João Costa e Silva, nº 333, conjunto Costa e Silva, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 30/07/14, por volta das 12:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/POP 100, cor vermelha, ano 2009, de placa NPT-0075/PB, chassi nº 9C2HB02109R406470, registrada em nome de Maria José dos Santos Quirino, por uma via que fica localizada no Bairro dos Estados, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido lesão do ombro esquerdo, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de setembro de 2014.

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

Escrivão

Denilson Luis da Silva
Notificante



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DENILSON LUIS DA SILVA** Sinistro: **2014834775** Data: **30/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Coronel João Costa e Silva, 33A - Costa e Silva - João Pessoa - PB - CEP 58080-410**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2873588**

Data local do exame: [**22/10/2014**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO, COM DÉFICIT DE FORÇA E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

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

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

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

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

LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO NÃO DIAGNOSTICADA CORRETAMENTE E NÃO TRATADA ADEQUADAMENTE.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

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



João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003
Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 14



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-25 via - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA EEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luis da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

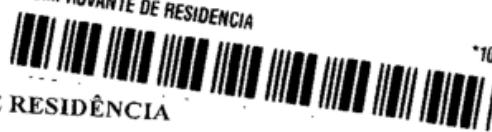
JOAS PESSOA, 13/09/14.
Local e data

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
05
PÁGINA:



COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040-



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

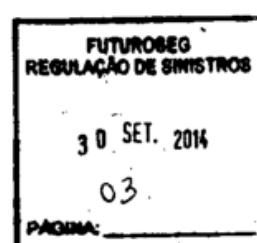
RG nº 2.873.588-2944 data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP/PE, CPF nº 064.444.544-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CORONEL JOÃO COSTA E SILVA</u>
Número	<u>333-A</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>JOÃO COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58080-410</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3225-8167/8838-4807/8890-4343</u>
E-mail	<u>irandpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 19/10/2014

Assinatura do Declarante: Denilson Luiz da Silva



ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL. JOAO COSTA E SILVA, 337/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58080-410 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 11 - 2 - 342 - 420 Referência: Fev/2014
NP medidor: 00008123842 Emissão: 10/07/2014

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br-230, Km 25 - Cidade Reitoria - João Pessoa/PB - CEP 58071-630
CNPJ 00 005.831/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica NFE081785287
Código para Detalhe Automático: 0001381414

0844 3d1b 8217.7626 83c7.1228 dd5c.7c79

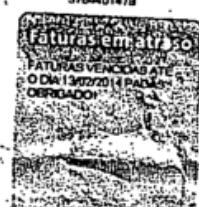
CDC (Código do Consumidor): 643861414

Fev / 2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478



Data Letra Data Letra
17/01/14) 1544 18/02/14 1874

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	70	0,17621	12,34
Consumo em kWh	30	0,26862	8,06

IMPOSTOS E ENCARGOS:

IR	0,48
COFINS	2,26
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	1,30
JUROS DE MORA 01/2014	0,40
JUROS DE MORA 12/2013	0,54
MULTA 01/2014	1,18
MULTA 12/2013	0,92
MS (Base de Cálculo)	15,04

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014	0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013	0,19

Jan/14 178
Dez/13 108
Nov/13 129
Out/13 129
Set/13 130
Ago/13 123
Jul/13 124
Jun/13 153
Maio/13 129
Abr/13 140
Mar/13 129
Fev/13 138

Média dos últimos meses 138 kWh

DATA DE VENCIMENTO:

25/02/2014

TOTAL A PAGAR:

R\$ 46,39

12/2013 - Nov/14

Descrição	Valor	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	11,83	25,61
Compre de Energia	8,08	17,61
Imposto de Transmissão	0,71	1,53
Encargos e Impostos	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	49,31
Outros Serviços	0,25	0,54
Total	46,39	100,00

Valor do encargo da Uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 12/2013) R\$ 10,02



FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE BIRISTROS

30 SET. 2014

04

PÁGINA: _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003

Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 17

Saúde

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

10040

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lobo, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - Fone: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 772431

Identificação do paciente				
ID 768145	Nome DEHILSON LUIS DA SILVA			Sexo- Masculino
Data de nascimento 10/11/1988	Idade 27 anos 8 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO	Pai ALMERINDO LUIS AURELINO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88362378	DDD Fijo	Fone Fijo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARÉTAMA			
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA			Logradouro Coronel João Costa e Silva
Número 333	Complemento			Bairro Ernani Sátiro
Admissão				
Data e Hora Prevista 30/07/2014 12:41:37	Número da pulseira 643007	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO			
Classificação do risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
10 OUT. 2014				
03				
PÁGINA: 0/3				
Diagnóstico				
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS				
Tempo 02min 33seg				



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE MEDICINA
DE EMERGÊNCIA

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NO MEU DO PACIENTE:	IDADE:
---------------------	--------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*fruto caiu com o vento
sobre queiço de cesto, feriu o dorso e
e feriu o rosto.*

EXAME PRIMÁRIO		CIRCULAÇÃO									
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Párvias <input type="checkbox"/> Obstruídas CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> Apnéia AUSCUTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente AUSCUTA CARDÍACA RÍTIMO <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente BULHAS <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente SOPRO <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BE OU 84 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C ECG: _____	
<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal										
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude										
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído										
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente										
2- RUIDOS <input type="checkbox"/> Sim HTD Roncos HTE Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos Sibilos Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores Estertores Estertores FR: _____ imp SaO₂ _____ %		ABDOMEN: _____									
DÉFICIT NEUROLOGICO Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreageente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas (diferença = _____) Escala de Glasgow: 15 SET. 2014 08											
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	RÁPIDA MELHOR RESPOSTA MOTORA								
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6						
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5						
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4						
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3						
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2						
				Nenhuma	1						
TOTAL:											

F(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: DENILSON LUIS DA SILVA
BE: 772431
DATA: 1/8/2014 10:09
DATA EXAME: 30.07.14

RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em centro de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7

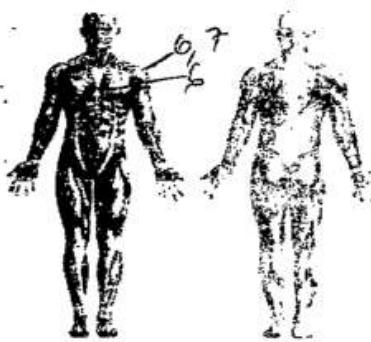
Dr. Caio
DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RÁDILOGISTA CRM 3645

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
PÁGINA: 09



EXAME SECUNDÁRIOALERGIA: Não Sim:MEDICAMENTOS: Não Sim: _____IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____PATOLOGIA: Não Sim: _____ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | | | |
|----|---------------------|----|------------------------------|
| 1 | Abrasão | 19 | Fratura Óssea Fechada |
| 2 | Amputação | 20 | Fratura Óssea Aberta |
| 3 | Avulsão | 21 | Hematoma |
| 4 | Contusão | 22 | Ingurgitamento Nervoso |
| 5 | Crepitação | 23 | Lacerção |
| 6 | Dor | 24 | Lesão Tendínea |
| 7 | Edema | 25 | Luxação |
| 8 | Empalamento | 26 | Mordedura |
| 9 | Efisema subcutâneo | 27 | Movimento torácico paradoxal |
| 10 | Esmagamento | 28 | Objeto Engravidado |
| 11 | Eqüimose | 29 | Otorragia |
| 12 | F. Arma Branca | 30 | Paralisia |
| 13 | F. Arma de Fogo | 31 | Paresia |
| 14 | F. Contuso | 32 | Parestesia |
| 15 | F. Cortante | 33 | Queimadura |
| 16 | F. Corto-Contuso | 34 | Rinorrágia |
| 17 | F. Perfuro-Contuso | 35 | Sinais de Isquemia |
| 18 | F. Perfuro-Cortante | 36 | |

OBS.:

QUEIMADURA:Superfície corporal lesada (regra da palma %) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau**EXAMES SOLICITADOS**

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3	Re se torac 17		Francisco de Andrade Lima Neto Carregado
4			CRM 25256
5	Re se onda esquerda		
6			
7	Alveolografia 2º AO IV		
8	Telangiectasia 1º AO 3º		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICOSolicito parecer da 001 PES 11/14 às : ____ do dia ____/____/____

Solicito parecer da _____ às : ____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTEDATA 99.11.14 DESTINO: Centro cirúrgicoSAÍDA 001 PES 11/14 DESTINO: Transferência (unidade de saúde)HORAS: 00:00 DESTINO: Internado (setor)DESTINO: Interno Decisão médica A pedido A revália DesistênciaDESTINO: Até 48 hs. Após 48 hs. Família JIML SVO
FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

10

PÁGINA: _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



0RT0 30/07/14

Paciente referente ao no anexo
apresenta escoriações e edema local.

radiografia sem nenhuma lesão.

cd.: Ribeira Simpler.

Analgésico:

Alto da otto.

Dr. Romulo Soares Jún.
833.0028333/CR/13/PP 2R3
CPF 181.533.503-68

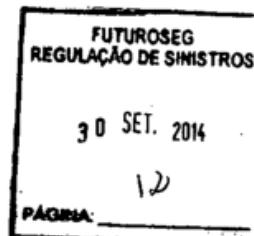
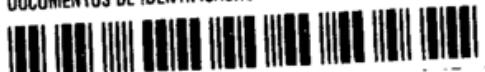
FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
PÁGINA: 11





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037





Curitiba, 30 de Setembro de 2014

Ilmo. (a) Senhor (a).

Nome: Denilson Luis da Silva
End: Rua Coronel Joao Costa e Silva, 33
Cidade: Joao Pessoa – PB

OUTROS

1004054



Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/834775
Sinistro de Invalidez – DENILSON LUIS DA SILVA

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 30/09/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

1. Nova Autorização de Pagamento preenchida e assinada.
2. Quando o registro for por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documento adicionais, contemporâneos ao acidente, que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado. Como exemplo citamos: Certidão do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Civil, Rodoviária Federal, Anjos do Asfalto, Concessionárias de Via Públicas ou Similares, SAMU, Defesa Civil, Inquerito Policial ou Aviso De Sinistros em Seguradora Do Ramo Auto

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

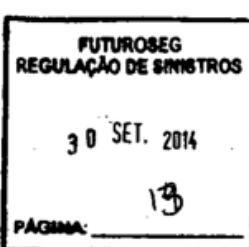
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consórcios do Seguro DPVAT.

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

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

Atenciosamente,

FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



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

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

www.futuroseg.net.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003>
Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 24



Seguradora Líder • DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA De Nilson Luiz da SilvaDATA DO ACIDENTE 30/07/14 CPF DA VITIMA 064.444.544-09PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IRAN D'PVAT MUNIC IRAN DQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima REPRESENTANTE LEGAL, QUO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua 20 novel Joas Costa e SilvaBairro Costa e SilvaNº 333 - ACOMPLETO 043-ACIDADE Joas Pessoa UF PB CEP 58030-440E-MAIL IRAN D'PVAT@Hotmail.comTELEFONE (83) 8870-4343

MARCUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO INI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, CGM A DATA DA LAU LAU DEFINITIVA

(X) BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CREDITO DE INDENIZAÇÃO) DA VITIMA (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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

(X) Morte R\$ 11.664,00(X) INVALIDEZ PERMANENTE ATÉ R\$ 11.664,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA

DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE INDENIZAÇÃO REVISTA NA LEI 8.147/94.

(X) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULARIO

• PARA ACOMPANHAR O PÉRIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.SEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.segurodotransito.com.br) OU LIGUE

0800 340 0000 02 32 1294

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/COMPRARIA/HOSPITALIZADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMIAM 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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte R\$ 11.664,00
- INVALIDEZ PERMANENTE ATÉ R\$ 11.664,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE INDENIZAÇÃO REVISTA NA LEI 8.147/94.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR
- VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
- COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS
- LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PÉRIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.SEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.segurodotransito.com.br) OU LIGUE
- 0800 340 0000 02 32 1294

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE		RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
<u>20/09/14</u>		<u>DATA</u>
		<u>NOOME</u>
		<u>ASSINATURA</u>

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

30 SET. 2014

14

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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

FUTUROSEG - DEP. 008



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22

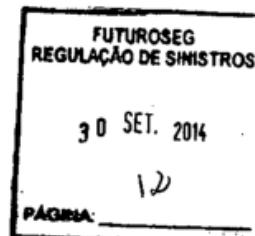
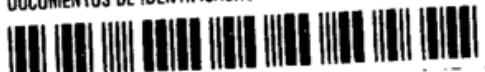
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002267200000034912003>

Número do documento: 20111210002267200000034912003



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011121000226720000034912003>
Número do documento: 2011121000226720000034912003

Núm. 36570929 - Pág. 26

Saúde

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

10040

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lobo, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - Fone: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 772431

Identificação do paciente				
ID 768145	Nome DEHILSON LUIS DA SILVA			Sexo- Masculino
Data de nascimento 10/11/1988	Idade 27 anos 8 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO	Pai ALMERINDO LUIS AURELINO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88362378	DDD Fijo	Fone Fijo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARÉTAMA			
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA			Logradouro Coronel João Costa e Silva
Número 333	Complemento			Bairro Ermano Sátiro
Admissão				
Data e Hora Prevista 30/07/2014 12:41:37	Número da pulseira 643007	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica CLINICA MEDICA E NEURO			
Classificação do risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Volo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
10 OUT. 2014				
03				
PÁGINA: 0/3				
Diagnóstico				
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS				
Tempo 02min 33seg				



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE MEDICINA
DE EMERGÊNCIA

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*fruto caiu com o vento
sobre queiço de cesto, feriu o dorso e o lado*

EXAME PRIMÁRIO		CIRCULAÇÃO									
VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Párvias <input type="checkbox"/> Obstruídas CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> Apnéia AUSCUTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> <td><input type="checkbox"/> Presente e normal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> <td><input type="checkbox"/> Rude</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente AUSCUTA CARDÍACA RÍTIMO <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente BULHAS <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente SOPRO <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BE OU 84 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C ECG: _____	
<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal										
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude										
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído										
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente										
2- RUIDOS <input type="checkbox"/> Sim HTD Roncos HTE Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos Sibilos Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores Estertores Estertores <input type="checkbox"/> Não FR: _____ imp SaO₂ _____ %		ABDOMEN: _____									
DÉFICIT NEUROLOGICO Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreageente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas (diferença = _____) Escala de Glasgow: 15 SET. 2014 08											
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	RÁPIDA MELHOR RESPOSTA MOTORA								
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6						
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5						
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4						
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3						
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2						
				Nenhuma	1						
TOTAL:											

F(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: DENILSON LUIS DA SILVA
BE: 772431
DATA: 1/8/2014 10:09
DATA EXAME: 30.07.14

RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em centro de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

7

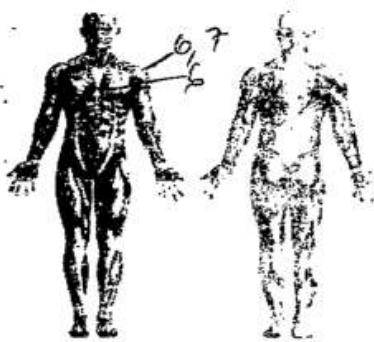
Dr. Caio Meireiros
DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RÁDILOGISTA CRM 3645

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
PÁGINA: 09



EXAME SECUNDÁRIOALERGIA: Não Sim:MEDICAMENTOS: Não Sim: _____IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____PATOLOGIA: Não Sim: _____ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____**LOCAL DA LESÃO**

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 1 Abrasão
 2 Amputação
 3 Avulsão
 4 Contusão
 5 Crepitação
 6 Dor
 7 Edema
 8 Empalamento
 9 Efisema subcutâneo
 10 Esmagamento
 11 Equimose
 12 F. Arma Branca
 13 F. Arma de Fogo
 14 F. Contuso
 15 F. Cortante
 16 F. Corto-Contuso
 17 F. Perfuro-Contuso
 18 F. Perfuro-Cortante
 19 Fratura Óssea Fechada
 20 Fratura Óssea Aberta
 21 Hematoma
 22 Ingurgitamento Nervoso
 23 Lacerção
 24 Lesão Tendínea
 25 Luxação
 26 Mordedura
 27 Movimento torácico paradoxal
 28 Objeto Engravidado
 29 Otorragia
 30 Paralisia
 31 Paresia
 32 Parestesia
 33 Queimadura
 34 Rinorrágia
 35 Sinais de Isquemia
 36

OBS.:

QUEIMADURA:Superfície corporal lesada (regra da palma %) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau**EXAMES SOLICITADOS**

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3	Revisão de feridas		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICOSolicito parecer da 00111210002267200000034912003 às : ____ do dia ____/____/____

Solicito parecer da _____ às : ____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE Centro cirúrgico Transferência (unidade de saúde) _____ Internado (setor) _____ Internação hospitalar Decisão médica A pedido A revália Desistência Internação Até 48 hs. Após 48 hs. Família JIML SVO

HORAS: _____

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

30 SET. 2014

10

PÁGINA: _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



0RT0 30/07/14

Paciente referente ao no anexo
apresenta escoriações e edema local.

radiografia sem nenhuma lesão.

cd.: Ribeira Simpler.

Analgésico:

Alto da otto.

Dr. Romulo Soares Jún.
833.0028333/CR/13/PP 2R3
CPF 181.533.503-68

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

PÁGINA: 11



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta nº: 8796649

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 3160165991
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 23/09/2015
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 Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2016

Carta nº: 8875716

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 3160165991 ASL-0008367/16
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 23/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação do ato declaratório
- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 00341/00342 - carta_03

00080171


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 Sabemi 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



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9834947

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 3160165991 ASL-0120794/16
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 23/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pag. 00963/0964 - carta_03

00070482


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 Sabemi 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



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº 10776215

a/c: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 3160165991 ASL-0120794/16
Vitima: DENILSON LUIS DA SILVA
Data Acidente: 23/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

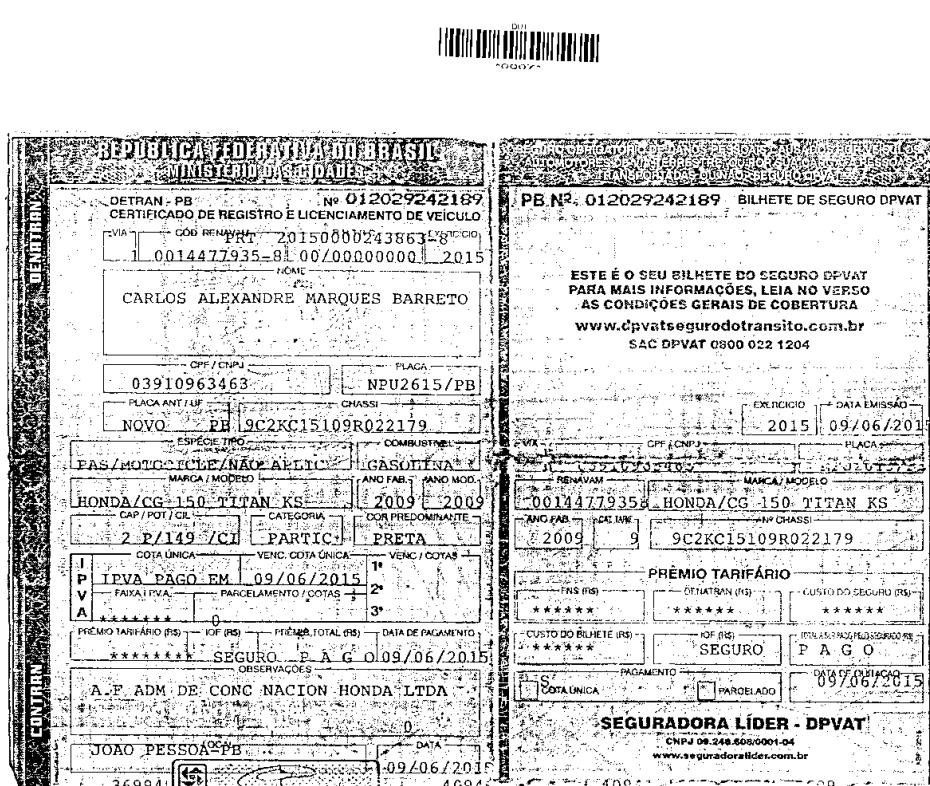
A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT







Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

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, Denilson Luis da Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.873.588 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 23/10/13 E CPF 06747473849 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Servente E RENDA MENSAL DE R\$ Reais NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo acima, 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 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.**

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) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00050031-8

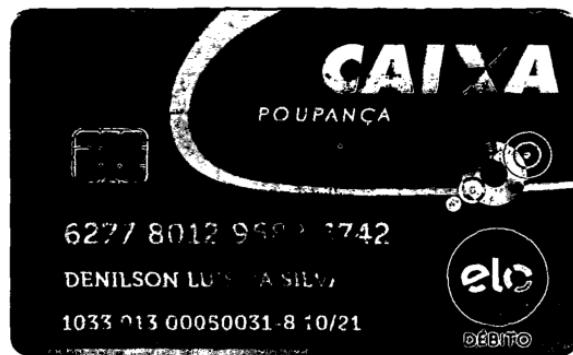
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 06 de Outubro de 2015. Denilson Luis da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
 08 MAR 2016

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e é calculado 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 - 12/11/2020 10:00:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002357200000034912006>
Número do documento: 20111210002357200000034912006

Num. 36570932 - Pág. 7



Depoimento de cidadão

E. Benílson da Silva Brumidiros Sallustio Semente

Portador da RG 2-A43.588-5505

DR CPF 064.444.544-09 Residente e domiciliado no bairro
Planalto São Paulo e ruas 333/A Avenida central Sítio
Cidade Grão Pará Pará cep 68.410-000
telefone (63) 98205-1940

Declaro para o devidor que não fui visitado no seu
moradia nem hospital que me diz de residente nem meus vizinhos
conhecem sua localidade em seu endereço
particular e quando no dia 18.08.2020 me dirigi ao
hospital não sou expressão da Verdade declaro que
deixei as informações acima são verdadeiras

SABEMI SECUNDONA S/A

18 AGO 2020

BRASIL

Benílson da Silva

Benílson da Silva



CONTESTAÇÃO

O Denilson Luis da Silva, CPF: 064.444-544-09, vem por meio deste, junto à Seguradora Líder, por discordar da impossibilidade de poder cadastrar e pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelos seguintes motivos:

A exigência da apresentação de um documento contemporâneo para comprovar a veracidade do acidente de transito quando este foi comunicado em Delegacia por ato declaratório, é uma exigência abusiva, pois a vítima fez o registro do acidente em órgão competente para a emissão do Boletim de Ocorrência, mesmo que feito com o relato da vítima.

Ao relatar em Delegacia como aconteceu o acidente, a vítima apresentou documentos médicos que comprovam que foi atendida em instituição hospitalar devido ao acidente de transito sofrido, documento este já contém a informação do motivo da procura hospitalar.

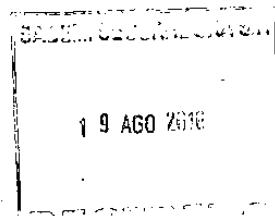
Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários os seguintes:

- a) Comprovante do Acidente de Transito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante, vítima de acidente de transito;
- b) Prontuário Médico que ateste as lesões sofridas;
- c) Autorização de Pagamento, com o número da conta, em nome do beneficiário;
- d) Declaração de Ausência do Laudo do IML;

Por isso, pode-se entender essa determinação como abusiva e ilegal, pois nas portarias da SUSEP e na lei que regulamenta o seguro DPVAT não é encontrado como requisito para ter o direito à indenização do seguro obrigatório, pois basta apresentar uma simples prova do acidente de transito.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada na falta de documento contemporâneo, por ser uma exigência ilegítima da seguradora, pois não é reconhecida pelos órgãos reguladores, fica claro que a

ESTÁ EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, conforme o previsto em lei.



declaracões de Propriedade de Veículo

Proprietário não localizado

EV Denilson Luis da Silva RG nº 2873588 data da
expedição 23/10/2015

Portadora do CPF nº 06444454409 com domicílio na
Cidade de Josses Perra PB onde reside na Rua Al. João
Costa 2. Silvô Savore Costa 2. Silvâ Cep 58080410
declaro Saber os nomes daqui que sofri acidente de
transito em 23/10/2015 na

Condicoes de condutor motocicleta Honda 150 TITANS
Placa NPY 2615

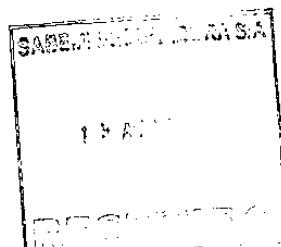
ano 2009 chassi 962K6615109R22179 de propriedade
de Sr Carlos Alexandre

Marques Savore declaro ainda que não consegui

localizar o proprietário devo dizer no DUT Pode ser
que de tiveram o carro e não conseguiram localizar
telpon de condutor ou inalhera
Josses Perra 14/11/15 de

de 2015

Denilson Luis da Silva



CONTESTAÇÃO

O Denilson Luis da Silva, CPF: 064.444.544-09, vem por meio deste, junto à Seguradora Lider, por discordar da impossibilidade de poder cadastrar e pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelos seguintes motivos:

A exigência da Declaração de Propriedade de Veículo nos sinistros ocasionados por motocicleta, na forma requerida torna impossível o recebimento da indenização pelos seguintes motivos:

O valor cobrado para o reconhecimento de firma por autenticidade é alto, além do que o dono do veículo, na imensa maioria dos casos, não está disposto em ir ao cartório para reconhecer sua assinatura.

Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários os seguintes:

- a) Comprovante do Acidente de Transito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante vitima de acidente de transito;
 - b) Prontuário Médico que ateste as lesões sofridas;
 - c) Autorização de Pagamento, com o numero da conta, em nome do beneficiário;
 - d) Declaração de Ausência do Laudo do IML;

Por isso, pode-se entender essa determinação como abusiva, e ilegal, pois nas portarias da SUSEP e na lei que regulamenta o seguro DPVAT não é encontrado como requisito para ter o direito à indenização do seguro obrigatório a Declaração de Propriedade do Veículo.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada na falta desta Declaração, por ser uma exigência ilegítima da seguradora, pois não é reconhecida pelos órgãos reguladores, fica claro que a

ESTÁ EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, conforme o previsto em lei.

SABEN SIEGEL LIBRARY





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1^ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VÉHICULOS DA CAPITAL
ESTADO DA PARAÍBA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VÉHICULOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3689/2015

Aos dezoito dias do mês de novembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 09:12h, compareceu o (a) Senhor (a): **DENILSON LUIS DA SILVA**, brasileiro, natural de Canguaretama/RN, solteiro, com 29 anos de idade, Servente de Pedreiro, Alfabetizado, filho de Almerindo Luis Aureliano e de Maria Francisco Aureliano, RG. 2.873.588-SSP/PB, residente na Rua Cel. João da Costa e Silva, nº 333, Ernani Sátiro, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 23/09/15, por volta das 05:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN KS, cor preta, ano 2009, de placa NPU-2615/PB, chassi nº 9C2KC15109R022179, registrada em nome de Carlos Alexandre Marques Barreto, pela Avenida Josefa Taveira, no Bairro de Mangabeira, nesta cidade de João Pessoa/PB, no sentido Mangabeira/Bancários, ao chegar nas proximidades da CEF, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer luxação acrômio clavicular esquerda, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 18 de novembro de 2015.

Denilson Elias da Silva
Notificante

Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.002-3

Escrivão



102688



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Danielson Luis da Silva, portador da carteira de identidade nº 2.873.588 e inscrito no CPF/MF sob o nº 064.444.544-09 residente e domiciliado na R. G. João Cota, Silva, 333/1, Cota, Silva, GP; 58.080-710 Cidade João Pessoa, Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Danielson Luis da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, os 06 Outubro de 2015.

Local e data





COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

CERTIDÃO

Nº. 2589/2015

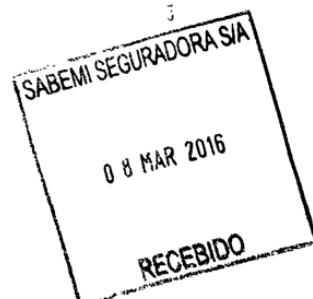
Atendendo solicitação de DIEGO OLIVEIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 792839 pertencente a **DENILSON LUIS DA SILVA** que foi atendido no dia 23/09/2015 às 06H45min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou luxação acrônica clavicular. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à Saúde, declaro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Outubro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Denilson Luis da Silva,

RG nº 2.873.588, data de expedição 23/10/13, Órgão SSDS-PB

CPF nº 064.444.544-07 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Al. Jeziel Costa - Silva</u>
Número	<u>333</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Costa, S. Luís</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.080-410</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98745-1840 / 98628-1700</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 06 de Outubro de 2015.

Assinatura do Declarante: Denilson Luis da Silva



ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL. JOAO COSTA E SILVA, 333/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP 58080-410 (AG 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km 25 - Crisol Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-320
CNPJ 09 095 193/0001-40 - Insc Est 16 015 023-0
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 11 - 2 - 342 - 420 Referência: Set/2015
Nº medidor: 00008123542 Emissão: 21/09/2015
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000744 901
Código para Débito Automático: 00013861414

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

7409 9e45 d513 2465 9d33 8585 2b8f b437.

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1386141-4

Canal de contato

Set / 2015

- Redução do valor da bandeira vermelha em 18%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologatónia ANEEL 1 945/2015, vigente a partir de 01/09/2015

Apresentação

21/09/2015

Data prevista da
próxima leitura

21/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

3784401478

Cálculo de consumo

	Anterior		Atual	Constante	Consumo	Dias
Faturas em atraso	19/08/15	5356	21/08/15	5584	1	228
	28/08/2015	155,12				

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	228	0,40880	93,20
Adic. B Vermelha			11,08

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	1,41
COFINS	6,48
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	5,75
JUROS DE MORA 07/2015	1,48
MULTA 07/2015	2,53
ICMS (Base de Cálculo R\$ 153,85 Alíquota 27,00%)	41,48

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/15	220	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015	0,19
Jul/15	193		
Jun/15	215		
Ma/15	272		
Abr/15	244		
Mar/15	230		
Fev/15	238		
Jan/15	233		
Dez/14	192		
Nov/14	222		
Ou/14	216		
Set/14	169		

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/09/2015

R\$ 163,60

Indicadores de Qualidade 2015 - Múltiplos

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	5,80	0,00	NOMINAL	220	41,19	25,18
DIC TRIMESTRAL	11,58				50,41	30,81
DIC ANUAL	23,18				3,48	2,13
FIC MENSAL	3,80	0,00	CONTRATADA	201	9,20	5,62
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR	231	59,13	38,14
FIC ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR	231	0,18	0,12
DMIG	3,37	0,00				
DCRI	12,22					
				Total	163,60	100,00

Valor do encargo de uso do sistema de distribuição
(Ref. 7/2015) R\$ 41,63

ATENÇÃO

- REAISMO DE VENCIMENTO Caso(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/10/2015 Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/15-Res ANEEL nº 1 938-Baixa Tensão 10,51% Médio Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/15-Res ANEEL nº 1 938-Alta Tensão 11,47% Médio



PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/09/2015

R\$ 163,60

83650000001-0 63600149000-3 13861412015-0 09100020019-5





CERTIDÃO

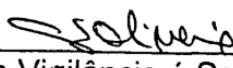
Nº. 2589/2015

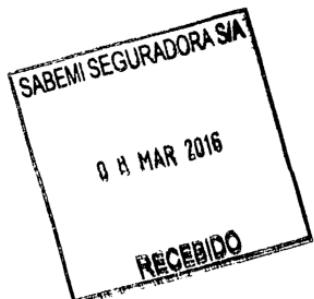
Atendendo solicitação de DIEGO OLIVEIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 792839 pertencente a **DENILSON LUIS DA SILVA** que foi atendido no dia 23/09/2015 às 06H45min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

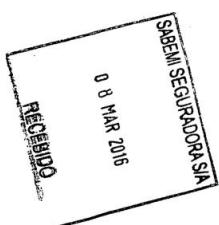
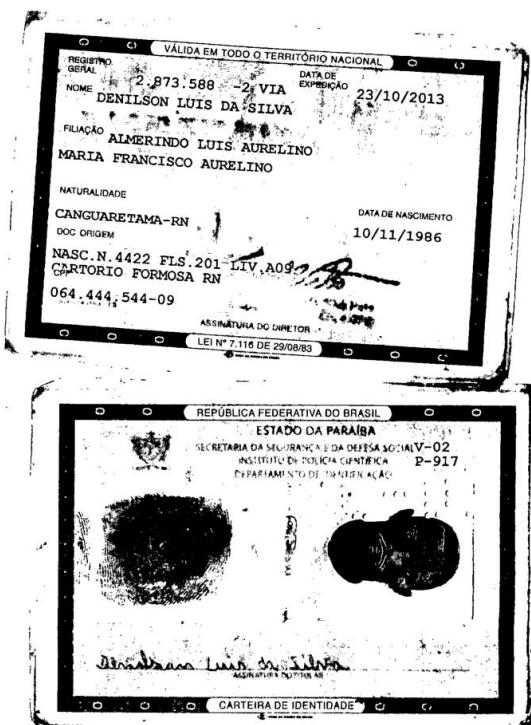
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou luxação acrômio clavicular. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Outubro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111210002357200000034912006>
Número do documento: 20111210002357200000034912006

Num. 36570932 - Pág. 18

05/10/2015

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.444.544-09**

Nome da Pessoa Física: **DENILSON LUIS DA SILVA**

Data de Nascimento: **10/11/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

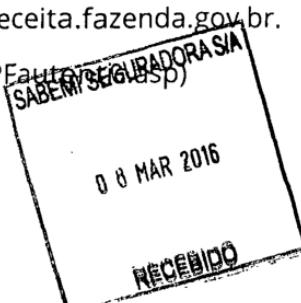
Data da Inscrição: **15/01/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:48:53** do dia **05/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8F9D.FC1A.D737.F210**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaute/Consultar/ConsultarPublicaExibir.asp>)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 012029242189	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
-VIA-		COD. PRAZO: PRT 20150000243863 EXERCÍCIO	
0014477935-81-00/00000000		2015	
NOME			
CARLOS ALEXANDRE MARQUES BARRETO			
PLACA		03910963463 NPU2615/PB	
PLACA ANTIGA		CHASSI	
NOVOZERA/PB		9C2KC15109R022179	
ESPECIFICO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTO/LEIA/ANAO/LATO		IGASOLINA	
MARA/ MODELO		ANO FAB - ANO MOD.	
HONDA/CC-150- TITAN KS		2009	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/149 / C1		COR PREDOMINANTE	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
P		VENC. / COTAS	
TPVA PAGO EM		09/06/2015	
FAIXA / PVA.		PARCELAMENTO / COTAS	
A ***** 0		3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		*****	
SEGURÓ		P. A. G. 0.09/06/2015	
OBSERVAÇÕES			
A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
JOAO PESSOA-PB			
369941 1094			



SEGURÓ
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029242189 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

PERÍODO / DATA DE ISSAÚ

2015 09/06/2015

CPF / CNPJ / PLACA

00144779358 HONDA/CC 150 TITAN KS

ANO FAB. / FAIXA TARIF. / CHASSI

2009 9 9C2KC15109R022179

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR (R\$)

SEGURÓ P. A. G. 0.09/06/2015

PAGAMENTO / DATA DE DEBITO

SEM BÁNTICA / PARCELA DO PAGAMENTO

09/06/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/0007-04

www.seguradorlider.com.br



DENATRAN

CONTRAN





CONTESTAÇÃO

O Denilson Luis da Silva, CPF: 064.444.544-04, vem por meio deste, junto à Seguradora Saídir, por discordar da impossibilidade de poder cadastrar e pleitear o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, opor-se pelos seguintes motivos:

A exigência da Declaração de Propriedade de Veículo nos sinistros ocasionados por motocicleta, na forma requerida torna impossível o recebimento da indenização pelos seguintes motivos:

O valor cobrado para o reconhecimento de firma por autenticidade é alto, além do que o dono do veículo, na imensa maioria dos casos, não está disposto em ir ao cartório para reconhecer sua assinatura.

Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários os seguintes:

- a) Comprovante do Acidente de Transito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante vítima de acidente de transito;
- b) Prontuário Médico que ateste as lesões sofridas;
- c) Autorização de Pagamento, com o numero da conta, em nome do beneficiário;
- d) Declaração de Ausência do Laudo do IML;

Por isso, pode-se entender essa determinação como abusiva, e ilegal, pois nas portarias da SUSEP e na lei que regulamenta o seguro DPVAT não é encontrado como requisito para ter o direito à indenização do seguro obrigatório a Declaração de Propriedade do Veículo.

Por tudo isso, quando a impossibilidade de pleitear a indenização é embasada na falta desta Declaração, por ser uma exigência ilegítima da seguradora, pois não é reconhecida pelos órgãos reguladores, fica claro que a

ESTÁ EM MORA COM A SUA OBRIGAÇÃO, POR NÃO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, conforme o previsto em lei.



declaracōes de Propriedade da Veicula
Proprietário não localizado

EV Denilson Luis da Silva RG nº 2873.588 data da
expedição 23/10/2015

Portadora do CPF nº 06444454409 com domicílio na
Cidade de Joaō Pessoa PB onde reside na Rua Cel. Joaō
Costa 2. Silveira Costa 2. Silva CEP 58040-410
declara Saber os nomes da rei que sofreu acidente de
transito em 23/10/2015 na

Condicō de condutor motocicleta HONDA 150 TITANS
placa MPO 2675

ano 2009 chassi 962KLC15109R22179 de propriedade
de Sr Carlos Alexandre

Marcos Bonito declarar ainda que não consegui
localizar o proprietário devido ao DUT Rois com
telefon de contato em

João Pessoa 14/11/15 de
consegui localizar nem
número

Joaō Pessoa 14/11/15 de

Denilson Luis da Silva

