



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	Contestação	Contestação
36570 929	12/11/2020 10:00	2759842_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
36570 932	12/11/2020 10:00	2759842_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Pag. 01501/01502 - carta_15R



00030751



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-2ª VIA - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA CEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARANÁ, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

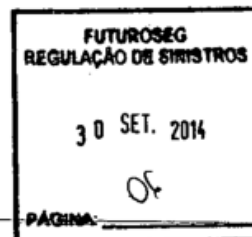
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luiz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA 19/09/14.

Local e data



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.

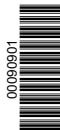
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01801/01802 - carta_02



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta nº: 5245204

A/C: DENILSON LUIS DA SILVA

Sinistro: 2014834775
Vítima: 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

Pag. 00845/00846 - carta_03



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040

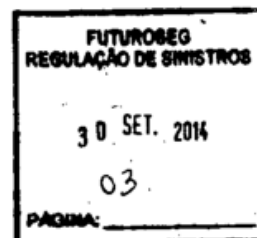
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

RG nº 2.873.588-2ª data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP/PB, 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>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARNARA</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, 19/09/14Assinatura do Declarante: x Denilson Luiz da Silva

ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL. JOAO COSTA E SILVA, 233/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58080-410 (AQ. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BARRA RENDA MONOFÁSICO
Retro: 11 - 2 - 342 - 420
Nº medidor: 00008173942
Referência: Fev/2014
Emissão: 10/02/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.182/0001-40, Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.786.287
Código para Débito Automático: 00012891414

data 2d1b 8217.7625 sdc 7.1728 ddc 7c 78

CDC (Código do Consumidor): 61 4861414

Fev/2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478

FATURAS EM ATRASO
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/02/2014 PADRÃO
DEBIDADO

Data	Letura	Data	Letura
17/01/14	1544	18/02/14	1674
			130
			32
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13
Consumo em kWh	70	0,17821	12,54
Consumo em kWh	30	0,26882	8,06

IMPÓSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
IPIS	0,48
COFINS	2,24
CONTRIB. SERV. LUM. 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	0,82
NS (Base de Cálculo)	15,84

Jan/14	178
Dez/13	108
Nov/13	128
Out/13	138
Set/13	138
Ago/13	123
Jul/13	124
Jun/13	153
Maio/13	138
Abr/13	140
Mar/13	138
Fev/13	138

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	Valor (R\$)
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014	0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013	0,19

VENCIMENTO
25/02/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 48,39

Média dos últimos meses
138 kWh

DEC. MENSAL	8,30
DEC. TRIMESTRAL	17,30
DEC. ANUAL	24,60
DEC. MENSAL	3,70
DEC. TRIMESTRAL	7,47
DEC. ANUAL	14,36
DEC. MENSAL	3,03
DEC. TRIMESTRAL	12,22

NORMAL 220
CONTRATADA 201
LIMITE INFERIOR 231
LIMITE SUPERIOR 231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	11,63	25,07
Compra de Energia	8,89	21,61
Serviço de Transmissão	0,71	1,53
Encargos Sociais	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	48,31
Outros Serviços	0,25	0,54
Total	48,39	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Art. 12/2013) R\$ 10,82

ATENÇÃO
A taxa cobrada como tarifa de energia elétrica é de R\$ 15,84

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-4141



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014

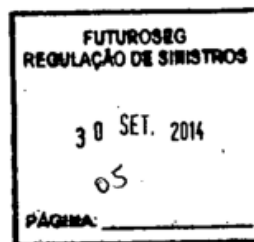
Aos dezenove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta 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. 135.802-3

Denilson Luis da Silva
Notificante

Escrivão



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

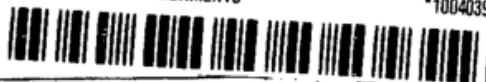
Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 20141834345

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 2.373.588-2-VIA EXPEDIDO POR SSPIPB EM 23/10/13 ECPF 064444544-09 CNPJ: 000000000000000000, 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 Susesp 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 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 SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas 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 POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
10 OUT. 2016
01
PÁGINA:

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) 44954-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (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) 44954-8

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.

Joaquim Pereira, 06 de Outubro de 2014

LOCAL E DATA

Assinatura do Beneficiário

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 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.

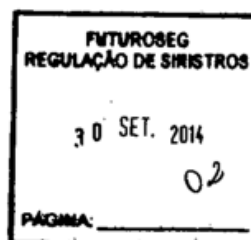
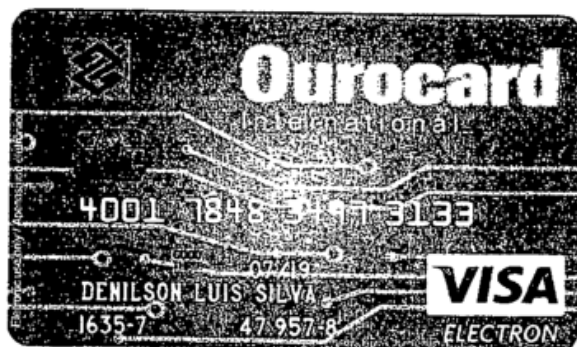


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 10:00:22

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

Número do documento: 20111210002267200000034912003

Num. 36570929 - Pág. 10



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 médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 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 OCORRENCIA

1004026



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-4141



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2539/2014

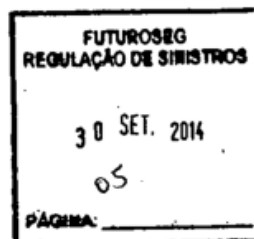
Aos dezenove dias do mês de setembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta 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. 135.802-3

Denilson Luis da Silva
Notificante

Escrivão



**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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - 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.


CRM - PB 6712

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA, portador
da carteira de identidade nº 2.873.588-2ª VIA - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
064.444.544-09, residente e domiciliado na RUA CEL. JOAS COSTA
E SILVA, 333-A, COSTA E SILVA, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARANÁ, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

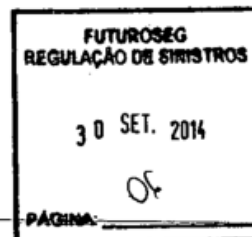
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Denilson Luiz da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA 19/09/14.

Local e data



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040

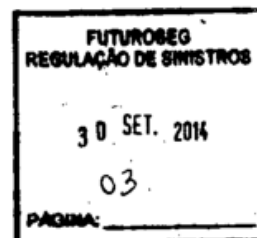
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DENILSON LUIZ DA SILVA

RG nº 2.873.588-2ª data de expedição 23/10/2013, Órgão SSP/PB, 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>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARNARA</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, 19/09/14Assinatura do Declarante: x Denilson Luiz da Silva

ELIZANGELA SANTOS DA SILVA
RUA CEL. JOAO COSTA E SILVA, 233/A - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58080-410 (AQ. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BARRA RENDA MONOFÁSICO
Retro: 11 - 2 - 342 - 420
Nº medidor: 00008173942
Referência: Fev/2014
Emissão: 10/02/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.095.182/0001-40, Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.786.287
Código para Débito Automático: 00012891414

data 2d1b 8217.7625 sdc 7.1728 ddc 7c78

CDC (Código do Consumidor): 61 4861414

Fev/2014

18/02/2014

20/03/2014

3784401478

FATURAS EM ATRASO
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/02/2014 PADRÃO
DEBIDADO

Data	Letura	Data	Letura		
17/01/14	1544	18/02/14	1674	130	32
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13		
Consumo em kWh	70	0,17821	12,54		
Consumo em kWh	30	0,26882	8,06		

IMPOSTOS E ENCARGOS	Valor (R\$)
IPIS	0,48
COFINS	2,24
CONTRIB. SERV. LUM. 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	0,82
NS (Base de Cálculo)	15,84

Jan/14	178
Dez/13	108
Nov/13	128
Out/13	138
Set/13	138
Ago/13	123
Jul/13	124
Jun/13	153
Maio/13	138
Abr/13	140
Mar/13	138
Fev/13	138

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	Valor (R\$)
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2014	0,08
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2013	0,19

VENCIMENTO
25/02/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 46,39

Média dos últimos meses
138 kWh

DEC. MENSAL	8,30
DEC. TRIMESTRAL	17,30
DEC. ANUAL	24,60
DEC. MENSAL	3,70
DEC. TRIMESTRAL	7,47
DEC. ANUAL	14,36
DEC. MENSAL	3,03
DEC. TRIMESTRAL	12,22

NORMAL 220
LIMITE INFERIOR 201
LIMITE SUPERIOR 231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	11,63	25,07
Compra de Energia	8,89	21,61
Serviço de Transmissão de	0,71	1,53
Encargos Sociais	1,41	3,04
Impostos Diretos e Encargos	22,41	48,31
Outros Serviços	0,25	0,54
Total	46,39	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Res. 12/2013) R\$ 10,82

ATENÇÃO
A taxa cobrada como tarifa de energia elétrica é de R\$ 15,84

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (71) 3216-5736 / 3216-5775

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

10040



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	
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO	Pai ALMERINDO LUIS AURELINO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88352378	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARETAMA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Coronel João Costa e Silva		
Número 333	Complemento	Bairro Emanil 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 do atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 OUT. 2014 07 PÁGINA: _____	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []		TC []
Liquor []				ECG []
Dados clínicos			Ultrasonografia []	
Diagnóstico			Tempo 02min 33seg	
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS				





FORÇA AEREA
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico



643007 8E.: 772431
DENILSON LUIS DA SILVA
DT. NASC.: 10/11/1985
MÃE: MARIA FRANCISCO AURELINO

END.: Coronel Jo do Couto e Silva
N. 323 - Ernani S ilva
JORO PESSOA
POME: ()
CELULAR: (03) 88352378
IDADE: 27 anos
DT. ENTRADA: 30/07/2014 12:41:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Primeira consulta. paciente
apresenta queixa de dor no
e no antebraço.*

EXAME PRIMARIO

VIAS
AÉREAS ☒ PÉRVIAS () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade
() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☐ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☐ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
2- RUÍDOS
() Sim
() Não
HTD: ☐ Roncos
() Sibilos
() Estertores
HTE: ☐ Roncos
() Sibilos
() Estertores
FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE () Normal () Quente () Fria
PULSO () Normal () Aumentado
() Fino () Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO () Regular () Irregular () Ausente
BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO () Presente () Ausente
BE OU B4 () Sim () Não
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)
Escala de Glasgow: **15**

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<u><4anos</u>)		MELHOR RESPOSTA MOTORA <div><u>ALICHA</u></div>	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A 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

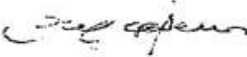
RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

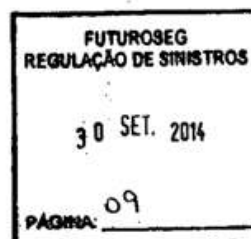
RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugestões correlação clínica e laboratorial.

7


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

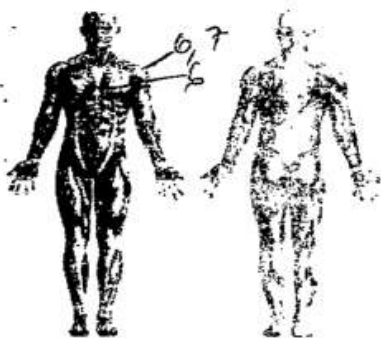


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ 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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 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 Rinorragia |
| 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

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 12/11/2020
 HORAS: 10:00
☐ Centro cirúrgico ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ A pedido ☐ JIML ☐ SVO
☐ Internado (setor) ☐ Hospitalar ☐ Decisão médica ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

PÁGINA: 10

F(NG).CC.001-1



ORTO 30/07/14

Paciente referido por no anexo
apresenta lesões e lesões locais.
Redigida em sinais de fratura
cd.: Ruptura simples.
Análise
Ata da OTO.

Dr. Romulo Soares de...
003 002833/CRIPE 2833
CPF 161.533.504-68

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
PÁGINA: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Denilson Luis da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.873.588 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2013

NOME DENILSON LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO ALMERINDO LUIS AURELINO MARIA FRANCISCO AURELINO

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN DATA DE NASCIMENTO 10/11/1986

DOC ORIGEM NASC.N. 4422 FLS. 201 LIV. A09 CARTORIO FORMOSA RN

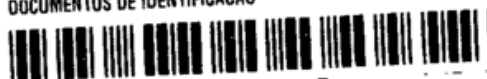
064.444.544-09

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

12

PÁGINA:



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 Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

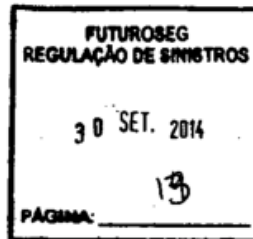
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

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





DOCUMENTOS BÁSICOS · DAMS-

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE -

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

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

☐ () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ (X) 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 ÚLTIMA DEFINITIVA

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

☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOUE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 11.100,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.100,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 15.417/14.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMI) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.100,00 (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

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.OPPATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 115 5345 DPVAT 020 023 1134

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DE CASAMENTO OU CARTeira de TRAbalho OU CARTeira NACIONAL de HABITADÇÃO (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 vítima menor, de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe.

FUTUROSEG - DEP. 008

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE -

20/09/14

PERCENTAGE

SS NATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:

DATA_

NOME

ASSINATURA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Denilson Luis da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.873.588 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/2013

NOME DENILSON LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO ALMERINDO LUIS AURELINO MARIA FRANCISCO AURELINO

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN DATA DE NASCIMENTO 10/11/1986

DOC ORIGEM NASC.N. 4422 FLS. 201 LIV. A09 CARTORIO FORMOSA RN

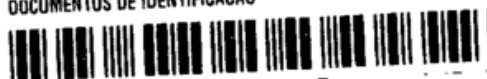
064.444.544-09

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



FUTUROSEG

REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

12

PÁGINA:





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (71) 3216-5736 / 3216-5775

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

10040



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	
Mãe MARIA FRANCISCO AURELINO	Pai ALMERINDO LUIS AURELINO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88352378	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2873588	CNS		
Local de procedência BAIRRO DOS ESTADOS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade CANGUARETAMA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58080410	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Coronel João Costa e Silva		
Número 333	Complemento	Bairro Emanil 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 do atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou LUIS AURELIANO DA SILVA			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura	FUTUROSEQ REGULAÇÃO DE SINISTROS 10 OUT. 2014 PÁGINA:	
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []		TC []
Liquor []				ECG []
Dados clínicos			Ultrasonografia []	
Diagnóstico			Tempo 02min 33seg	
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS				





Primeiro Atendimento Médico



643007 8E.: 772431
DENILSON LUIS DA SILVA
DT. NASC.: 10/11/1985
MÃE: MARIA FRANCISCO AURELINO

END.: Coronel Jo do Couto e Silva
N. 323 - Ernani S. Iltre
JORN PESSOA
FORM.: ()
CELULAR: (03) 88352378
IDADE: 27 anos
DT. ENTRADA: 30/07/2014 12:41:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Primeira consulta. Paciente
apresenta queixa de dor no
e no antebraço.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE: () Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

() Não

HTD: Roncos

Sibilos

Estertores

HTE: Roncos

Sibilos

Estertores

FR: _____ imp

SeO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

() Regular () Irregular () Ausente

BULHAS

() Normotonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

() Presente () Ausente

BE OU B4

() Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN:

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<u><4anos</u>)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A 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

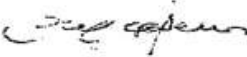
RX. OMBRO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

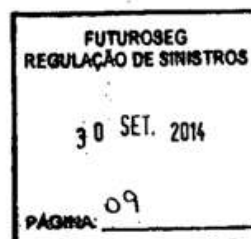
RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugestões correlação clínica e laboratorial.

7


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

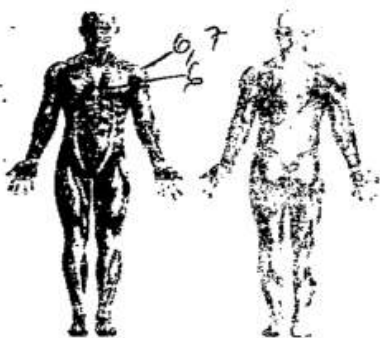


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ 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 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 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 Rinorragia |
| 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

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. R. de torax 17		Francisco dos Santos Lima Neto
2. R. de outro aspecto		Cirurgia Geral
3. Dissecção de 2º e 3º F. A. D. I. V. 14/84		CRM 20316
4. T. de 2º e 3º F. A. D. I. V. 14/84		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da OR. 10/08/2014 às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 12/11/14
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 SET. 2014

10

PÁGINA:

F(NG).CC.001-1



ORTO 30/07/14

Paciente referido por no anexo
apresenta lesões e lesões locais.
Redigida em sinais de fratura
cd.: Ruptura simples.
Análise
Ata da OTO.

Dr. Romulo Soares de
003 002833/CRIPE 283
CPF 161.533.504-68

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 SET. 2014
PÁGINA: _____





Seguradora Líder - DPVAT

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 início 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

Pag. 00695/00696 - carta_01





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
Vítima: 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 de ato declaratório
- 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 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

Pag. 00341/00342 - carta_03

00080171





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
Vítima: 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

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

Pag. 00963/00964 - carta_03



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

Pag. 01897/01898 - carta_16

00020949





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADADES	
DETRAN - PB		Nº 012029242189	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	GOB RENAVAM	PR	20150000243863-8
1	0014477935-8	00/00000000	2015
NOME			
CARLOS ALEXANDRE MARQUES BARRETO			
CPF / CNPJ		PLACA	
03910963463		NPU2615/PB	
PLACA ANT / FUF		CHASSI	
NOVO		PB 9C2KC15109R022179	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA / NÃO ALICIA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / CG-150 TITAN KS		2009 / 2009	
CAP / POT / CL		CATEGORIA	
2 P / 149 / CH		PARTIC. PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTAS	
1º		2º	
IPVA PAGO EM 09/06/2015		3º	
FAIXA IPTVA		PARCELAMENTO / COTAS	
0		3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		09/06/2015	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM. DE CONC. NAC. HONDA LTDA			
JOAO PESSOA - PB		DATA	
36994		09/06/2015	

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 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2015		09/06/2015	
VIA	GOB RENAVAM	PR	20150000243863-8
1	0014477935-8	00/00000000	2015
NOME			
CARLOS ALEXANDRE MARQUES BARRETO			
CPF / CNPJ		PLACA	
03910963463		NPU2615/PB	
PLACA ANT / FUF		CHASSI	
NOVO		PB 9C2KC15109R022179	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA / NÃO ALICIA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / CG-150 TITAN KS		2009 / 2009	
CAP / POT / CL		CATEGORIA	
2 P / 149 / CH		PARTIC. PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTAS	
1º		2º	
IPVA PAGO EM 09/06/2015		3º	
FAIXA IPTVA		PARCELAMENTO / COTAS	
0		3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		09/06/2015	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM. DE CONC. NAC. HONDA LTDA			
JOAO PESSOA - PB		DATA	
36994		09/06/2015	

PRÊMIO TARIFÁRIO	
INS (R\$)	DEFIATRIAN (R\$)
*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IF (R\$)
*****	*****
PAGAMENTO	
COTA ÚNICA	PARCELADO
	09/06/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.505/0001-04	
www.seguradoralider.com.br	





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIR

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, Demilson Luis da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.873.588 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 23/10/13 E
 CPF 069447394-09 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Servente
 E RENDA MENSAL DE R\$ Rensou (2) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Omme 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 06 de Outubro de 2015.

LOCAL E DATA

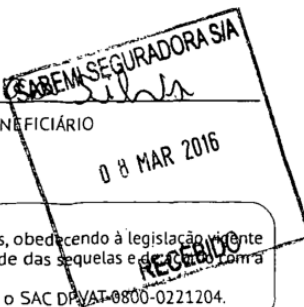
Demilson Luis da Silva

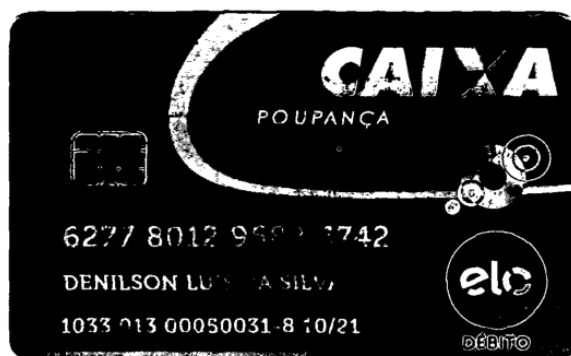
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 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.





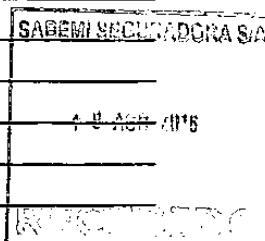


Declaração de Cidadao

E Declaramos que Silas Amilcar Salles Sobrinho
Partidario do RG 2.842.588-5505

PR CPF 064.444.544-09 Residente e domiciliado no endereço
Rua do São Carlos e Silva 333/A Bairro Central Silva
Cidade de São Paulo Paulista SP CEP 05.410-410
Telefone 03 984051940

Declaramos para os devidos fins que não fomos responsáveis no seu
nome em nenhuma das situações que no dia do acidente não fomos responsáveis
por nenhuma das situações ocorridas em seu nome
participamos e passamos no dia do acidente no hospital
hospital não sem expressão da verdade de acordo com
dados as informações acima são verdadeiras



São Paulo, 18 de 03 de 16

Amilcar Luis 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 trânsito 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 trânsito sofrido, documento este já contém a informação do motivo da procura hospitalar.

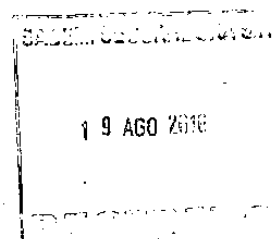
Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dp vat>), são encontrados como documentos necessários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

- a) Comprovante do Acidente de Trânsito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante, vítima de acidente de trânsito;
- 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 trânsito.

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.



Declaração de Propriedade de Veículo
Proprietário não localizado

EU Denilson Luis da Silva RG nº 2.843.588 data da
expedição 23/10/2015

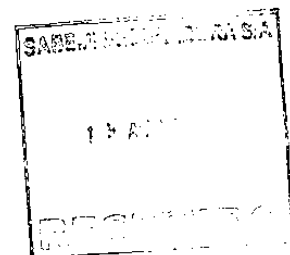
Portadora do CPF nº 004.444.544-99 com domicílio na
Cidade de João Pessoa PB onde reside na Rua Cel João
Costa L. Silva Bairro Costa L. Silva CEP 58.080-410
declara sob as penas da lei que sofreu acidente de
transito em 23/09/2015 na

condição de condutor motocicleta HONDA 750 TITANKS
Placa MPU 2615

ano 2009 chassi 962KCC15709R22179 de titularidade
de Sr Carlos Alexandre
Marques Barreto declara ainda que não conseguiu

localizar o proprietário descrito no DUT pois com
preço de liquidação não conseguiu localizar nenhum
telefone de contato ou endereço
João Pessoa 14/11/15 de 2015

Denilson Luis da Silva



CONTESTAÇÃO

O Denilson Luis da Silva, CPF: 064.444.544-09, vem por meio deste, junto à Seguradora Lidor, 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.

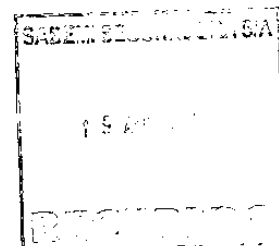
Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários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

- a) Comprovante do Acidente de Trânsito, expedido por autoridade competente, onde consta ser o beneficiário ou o seu representante vítima de acidente de trânsito;
- 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 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.



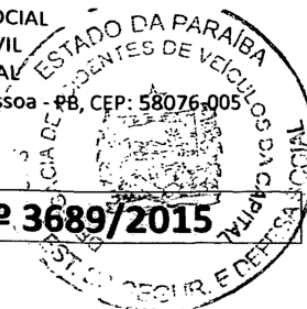


28



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

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



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 Luis da Silva
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.652-3
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 069.444.544-09 residente e domiciliado na R. Cel. João Costa e Silva, 333/4, Costa e Silva, Cep: 58.080-710 Cidade João Pessoa, Estado PB, 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, 05 de Outubro de 2015.

Local e data





COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

CERTIDÃO

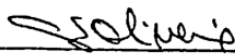
Nº. 2589/2015

Atendendo solicitação de DIEGO OLIVEIRA DA SILVA e de acordo com busca procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha 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 a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou luxação acromioclavicular. Medicado e liberado.

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

João Pessoa, 26 de Outubro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Demilson 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 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 Cel. João Costa e Silva</u>
Número	<u>333</u>
Apto / Complemento	<u>A</u>
Bairro	<u>Costa e Silva</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.080-410</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98795-1940 / 98628-1700</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Demilson 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)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 11 - 2 - 342 - 420 Referência Set/2015
Nº medidor 00008123842 Emissão 21/08/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-580
CNPJ 09 085 183/0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 744 901
Código para Débito Automático: 00013861414

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

7408 9e45 d513 2465 9d33 9585 2b8f b437.

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

Set / 2015

Canal de contato

Apresentação

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

21/09/2015

Data prevista da próxima leitura

21/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

3784401478

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/08/15	5356	21/09/15	5584	1
				228
				33

Faturas em atraso

26/08/2015 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 SERVILUM PÚBLICA	5,75
JUROS DE MORA 07/2015	1,48
MULTA 07/2015	2,53
ICMS (Base de Cálculo R\$ 153,65 Alíquota 27,00%)	41,48

Histórico de Consumo (kWh)

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	0,19
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2015	

Ago/15	220
Jul/15	183
Jun/15	215
Mai/15	272
Abr/15	244
Mar/15	230
Fev/15	238
Jan/15	233
Dez/14	192
Nov/14	222
Out/14	216
Set/14	189

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/09/2015

R\$ 163,60

Média dos últimos meses
222 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - Misure

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,58	
DIC ANUAL	23,16	
FIC MENSAL	3,60	CONTRATADA 201
FIC TRIMESTRAL	7,10	LIMITE INFERIOR 201
FIC ANUAL	14,20	LIMITE SUPERIOR 231
DMIC	3,37	
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	41,19	25,18
Compra de Energia	50,41	30,81
Serviço de Transmissão	3,48	2,13
Encargos Setorais	9,20	5,62
Impostos Diretos e Encargos	58,13	35,14
Outros Serviços	0,18	0,12
Total	163,60	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Rel 7/2015) R\$ 41,63

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(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, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/15 - Res ANEEL nº 1 838-Baixa Tensão 10,51% Médio. Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/15 - Res ANEEL nº 1 838-Alta Tensão 11,47% Médio.



PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 11 - 2 - 342 - 420
Matrícula: 1386141-2015-09-1

28/09/2015

R\$ 163,60

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



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



CERTIDÃO

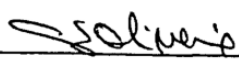
Nº. 2589/2015

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 Tarcísio Burty, 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 acrômio clavicular. Medicado e liberado.

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

João Pessoa, 26 de Outubro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.873.588-2 VIA DATA DE EMISSÃO 23/10/2013

NOME DENILSON LUIS DA SILVA

FILIAÇÃO ALMERINDO LUIS AURELINO MARIA FRANCISCO AURELINO

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN DATA DE NASCIMENTO 10/11/1986

DOC ORIGEM NASC.N.4422 FLS.201 LIV.A09 CARTORIO FORMOSA RN

064.444.544-09

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

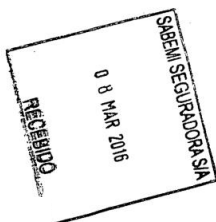
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Denilson Luis da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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**

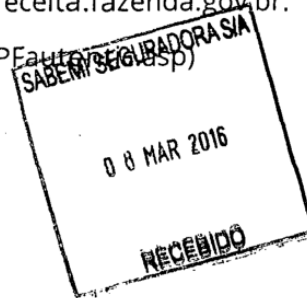
Digito Verificador: **00**

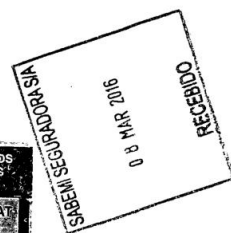
Comprovante emitido às: **14:48:53** do dia **05/10/2015** (hora e data de Brasília).

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/CPEautoverificador.aspx>)







CONTESTAÇÃO

O Denilson Luis Da Silva, CPF: 064.444.544-09, vem por meio deste, junto à Seguradora Laider, 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.

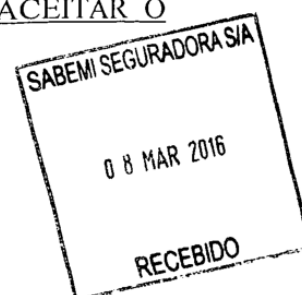
Em verdade, não é possível se notar a exigência de tal documento nas propagandas veiculadas na televisão, e nas informações contidas na internet, além do que no site da Susep (<http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat>), são encontrados como documentos necessários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

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



Declaração de Propriedade de Veículo
Proprietário não localizado

EU Denilson Luis da Silva RG nº 2.843.588 data da
expedição 23/10/2015

Portadora do CPF nº 064.444.544-9 com domicílio na
Cidade de João Pessoa PB onde reside na Rua Cel João
Costa e Silva Bairro Costa e Silva CEP 58.080-410
declara sob as penas da lei que sou o condutor de
transito em 23/10/2015 na

condição de condutor motocicleta HONDA 150 TITAN KS
placa MPU 2615

ano 2009 Chassi 962KCC15709R22179 de propriedade
de Sr Carlos Alexandre

Marques Barreto declara ainda que não conseguiu

localizar o proprietário descrito no DUT pois com
preço de 100 reais e não consegui localizar nenhum
telefone de condutor ou Invalidez
João Pessoa 14/11/15 de
de 2015

Denilson Luis da Silva

