



Número: **0802962-20.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLUCIANO DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45923891	19/07/2021 12:11	Petição	Petição
45923893	19/07/2021 12:11	2768976_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
45923894	19/07/2021 12:11	2768976_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45923896	19/07/2021 12:11	2768976_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Carmen Santos		Nº do Prontuário	
Data da Cirurgia		24/10		Leito	
Cirurgião		Dr. Luis Almeida		1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia			
Diagnóstico Pré-Operatório					
Fot. de cavidade (B) com sondagem vaginal normal					
Tipo de Cirurgia					
PAPI					
Anestésico Pós-Operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Exame Radiológico no Atm					
Acidente Durante a Cirurgia					

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
RECEBI: 06 JAN 2017
Nome: _____

SEABOARD LIDER DEPOT 4 8: 07/12/2016 12:42 - 0000050583

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- ① Put an DDAH in surface of placid
- ② Absorption of ATP - Glyc
- ③ Carboxy groups of protein
- ④ Absorption of water - surface of
- ⑤ Glycyls p/plasma cell membrane
- ⑥ Glycyls of membrane protein
- ⑦ Glycyls of membrane protein + protein
- ⑧ Glycyls of membrane protein + protein
- ⑨ Glycyls of membrane protein + protein
- ⑩ Glycyls of membrane protein + protein



Folha de Tratamento e Evolução

PACIENTE: Infusora da Silva ENFERMARIA: 7 LETO: 1 CONVÊNIO: _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1) Deter orelha limpa		
	2) AUP.		
	3) Febelal 10mg @ 12/1h	22	11 por de
	4) Dymosa 100 @ 6/6h	18 24 36	11 por de
	5) Cafezal 100 @ 8/8h	22 36	Atencional
	6) Farol 500 @ 8/8h (8h)		
	7) Quimazol 200 @ 12/1h		Atencional - 11h
	8) Soro 4 CC 6h		36
	9) Solução de corticoide		36

Recebi: 06 JAN 2012

Dr. Elias Holanda
Ortopedia Traumatologia
CRM-PA 6720

Dr. Elias Holanda
Ortopedia Traumatologia
CRM-PA 6720

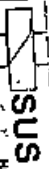
DIAGNÓSTICO

P.1. clonária (E)

COPIA

Paciente	Alimento	Lado	Conteúdo	Resultado
1. Data	10/01/2017			
2. Data	10/01/2017			
3. Data	10/01/2017			
4. Data	10/01/2017			
5. Data	10/01/2017			
6. Data	10/01/2017			
7. Data	10/01/2017			
8. Data	10/01/2017			
9. Data	10/01/2017			
10. Data	10/01/2017			
11. Data	10/01/2017			
12. Data	10/01/2017			
13. Data	10/01/2017			
14. Data	10/01/2017			
15. Data	10/01/2017			
16. Data	10/01/2017			
17. Data	10/01/2017			
18. Data	10/01/2017			
19. Data	10/01/2017			
20. Data	10/01/2017			
21. Data	10/01/2017			
22. Data	10/01/2017			
23. Data	10/01/2017			
24. Data	10/01/2017			
25. Data	10/01/2017			
26. Data	10/01/2017			
27. Data	10/01/2017			
28. Data	10/01/2017			
29. Data	10/01/2017			
30. Data	10/01/2017			
31. Data	10/01/2017			
32. Data	10/01/2017			
33. Data	10/01/2017			
34. Data	10/01/2017			
35. Data	10/01/2017			
36. Data	10/01/2017			
37. Data	10/01/2017			
38. Data	10/01/2017			
39. Data	10/01/2017			
40. Data	10/01/2017			
41. Data	10/01/2017			
42. Data	10/01/2017			
43. Data	10/01/2017			
44. Data	10/01/2017			
45. Data	10/01/2017			
46. Data	10/01/2017			
47. Data	10/01/2017			
48. Data	10/01/2017			
49. Data	10/01/2017			
50. Data	10/01/2017			
51. Data	10/01/2017			
52. Data	10/01/2017			
53. Data	10/01/2017			
54. Data	10/01/2017			
55. Data	10/01/2017			
56. Data	10/01/2017			
57. Data	10/01/2017			
58. Data	10/01/2017			
59. Data	10/01/2017			
60. Data	10/01/2017			
61. Data	10/01/2017			
62. Data	10/01/2017			
63. Data	10/01/2017			
64. Data	10/01/2017			
65. Data	10/01/2017			
66. Data	10/01/2017			
67. Data	10/01/2017			
68. Data	10/01/2017			
69. Data	10/01/2017			
70. Data	10/01/2017			
71. Data	10/01/2017			
72. Data	10/01/2017			
73. Data	10/01/2017			
74. Data	10/01/2017			
75. Data	10/01/2017			
76. Data	10/01/2017			
77. Data	10/01/2017			
78. Data	10/01/2017			
79. Data	10/01/2017			
80. Data	10/01/2017			
81. Data	10/01/2017			
82. Data	10/01/2017			
83. Data	10/01/2017			
84. Data	10/01/2017			
85. Data	10/01/2017			
86. Data	10/01/2017			
87. Data	10/01/2017			
88. Data	10/01/2017			
89. Data	10/01/2017			
90. Data	10/01/2017			
91. Data	10/01/2017			
92. Data	10/01/2017			
93. Data	10/01/2017			
94. Data	10/01/2017			
95. Data	10/01/2017			
96. Data	10/01/2017			
97. Data	10/01/2017			
98. Data	10/01/2017			
99. Data	10/01/2017			
100. Data	10/01/2017			

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
RECEBI
08 JAN 2017



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB
CÓDIGO DA UNIDADE: 2241206
CGC/CPF: 08.478.268/0918/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
END: RUA OSWALDO CRUZ, 183
MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO
Nome: CARLUCIANO DA SILVA

Raça/Cor: PARDA
Dt. Nasc: 14/11/1981 Idade: 34 anos(meses) de idade (dias) de idade Sexo: M

Mae: JOSEFA MOTA DA SILVA
Profissão: TERCELAO Documento: rg.2991913 Nº: 0

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: Município-UF: CEF - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700
Telefone para contato (83) 9922-4776 CADASTRO: 251970
Data e Hora: 22/05/2016 04:38:39 SSVV

PESO: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) TEMP: 36,5

Carla Goulart da Silva

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

DOCUMENTO 5

RECEPCIONISTA: HDI

1. ☐ 01 - ELETIVO
2. ☐ 02 - URGÊNCIA
3. ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
4. ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
5. ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO:

Carla Goulart da Silva

- ENCAMINHAMENTO:
1. ☐ PRESCRITA
2. ☐ APLICADA
3. ☐ OBSERVAÇÃO
4. ☐ OUTRO HOSPITAL
5. ☐ RESIDÊNCIA
6. ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CAMAROS

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
ASS. DO REVISOR TÉCNICO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CAMAROS





NOME: Marcelino M. Silva

DA CLÍNICA Ortopedia ENFERMARIA:

A CLÍNICA BMF LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

LCC Lobio Inferior Interno

22/05/16 João H. Simões da Queiroz
Ortopedia e Traumatologia.
CRM-PB 7417

DATA ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

/

DATA ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16:05 15089/2016 2398896 334420000 1.00 0.00000000





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga
PARA: Patos
ENCAMINHO: Parturientes da S. S. S. S. IDADE: _____ SEXO: Masculino
RESIDENTE: _____
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: _____
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

paciente apresentando
fratura de dedo da mão esquerda
e fratura de clavícula esquerda.

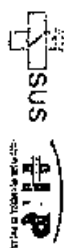
22/05/16 HORA: 5:04

Marcos Lopes de Aguiar
Clínico Geral
CRM-2537

Av. Osvaldo Cruz - 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-09 - Fone (83) 3451 - 2297 Fax (83) 3451 - 3058
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB

15:06 15/09/2016 20:59:27 53120000 1:03 1001 4 5




ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CRES: 3605473

CNPJ: 08.778.268/003376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBRECA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: CARLUCIANO DA SILVA

Mãe: JOSEFA MOTA DA SILVA

Nascimento: 14/11/1981

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: JOAO CAETANO

Bairro: BELA VISTA

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2807002

CNS: 708-4032-2711-3569

Identidade: 2991913 SSP PGB

CPF:

Reg. Nasc:

Data / Hora: 22/5/2016 06:50:21

Recepção: ORNEIDE

PESO:

Ficha Número: 143695

72358

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença atual: dor no ombro direito

Doença de base: diabetes mellitus

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

Doença de base: hipertensão arterial sistêmica

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE

08 - MATERIAL DE HIGIENE

09 - MATERIAL DE HIGIENE

10 - MATERIAL DE HIGIENE

11 - MATERIAL DE HIGIENE

12 - MATERIAL DE HIGIENE

13 - MATERIAL DE HIGIENE

14 - MATERIAL DE HIGIENE

15 - MATERIAL DE HIGIENE

16 - MATERIAL DE HIGIENE

17 - MATERIAL DE HIGIENE

18 - MATERIAL DE HIGIENE

19 - MATERIAL DE HIGIENE

20 - MATERIAL DE HIGIENE

21 - MATERIAL DE HIGIENE

22 - MATERIAL DE HIGIENE

23 - MATERIAL DE HIGIENE

24 - MATERIAL DE HIGIENE

25 - MATERIAL DE HIGIENE

26 - MATERIAL DE HIGIENE

27 - MATERIAL DE HIGIENE

28 - MATERIAL DE HIGIENE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - MATERIAL DE HIGIENE

02 - MATERIAL DE HIGIENE

03 - MATERIAL DE HIGIENE

04 - MATERIAL DE HIGIENE

05 - MATERIAL DE HIGIENE

06 - MATERIAL DE HIGIENE

07 - MATERIAL DE HIGIENE



GOVERNO DO PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUNY CARNEIRO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Carla Luciana de Faria portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60
(sessenta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 28-05-16

Stênio Guy W. Araújo
CNPJ 00.000.000/0000-00
CPF 000.000.000-00

Assinatura e Carimbo de(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ: 08.778.268/0001-80
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

15:06 15/09/2016 209899 5311030001 1.000 30000 8.000





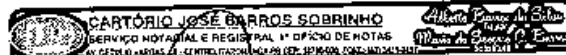
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, INACIO CAMILO

RG nº 4.177.685, data de expedição 26/06/17,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 139.149.988-30, com
 domicílio na cidade de ITAPORANGA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROFETADA, nº S/N,
 complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CARLUCIANO DA SILVA, cujo o condutor era
CARLUCIANO DA SILVA.

Veículo: MOTOModelo: HONDA/BIZ 125 ESAno: FAB. 2006 ANO MOD. 2007Placa: MNK 6651Chassi: 9C27A04207R024872Data do Acidente: 22/05/2016Local e Data: ITAPORANGA/PB, 12/07/2016

Inacio Camilo
 Assinatura do Declarante



SEMELHANÇA DE INACIO CAMILO.
 ITAPORANGA/PB, 22 de julho de 2016
 Em — da verdade
 Maria Luíza dos Santos (Barravento)
 Selo Digital - ADL75525-FCLK
 Verifique a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

16:06:15/09/2016 209901 SUELIO MOREIRA TORRES PRINT & S





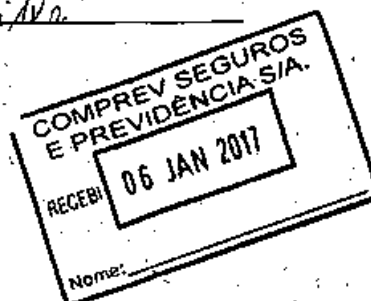
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVARG nº 2991913, data de expedição 18/05/02, Órgão SSP/PB

CPF nº 046.762.554-97, 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 PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58780.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576 - 99909-8272</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

SEAPRORR LIDER ORÇAM 4 & 02/12/2016 12:42 - 09000508828



ENERGISA
 Companhia Paranaense de Energia S.A.
 Rua Francisco de Paula, 1000 - Centro
 Curitiba - PR - 81000-000
 Fone: (41) 333-1000
 Fax: (41) 333-1000
 E-mail: atendimento@energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora)** **611348858-8**

Nov/2016

10/11/2016

12/12/2016

CPM/ENP/RANK

Faturas em atraso

Histórico de Consumo

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

Medida em kWh

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
 Nome: _____

SEMPRE LIGUE 0800 083 0196 - 0800 083 0196

RESERVAÇÃO AO FISCO

ac04.4778.0d11.92c9.58a5.18a1.0187.71b1

Composição do valor total da sua conta

Distribuição	Valor	%
Serviço de Distribuição	14,88	22,82
Perdas Técnicas	13,78	20,79
Impostos e Taxas	1,00	1,50
Encargos Financeiros	1,00	1,50
Imposto de Renda	24,14	36,39
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	65,78	100,00

ATENÇÃO

ENERGISA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

18/11/2016

R\$ 65,26

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540018-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540018-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540018-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540018-3



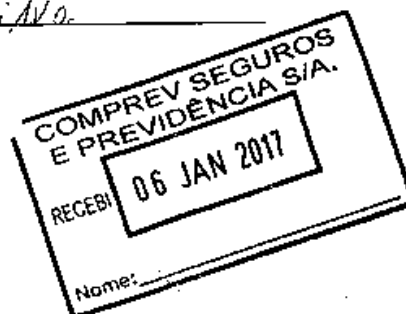
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, CARLUCIANO DA SILVA,RG nº 2991913, data de expedição 18/05/02, Órgão SSP/PB.

CPF nº 046.762.554-97, 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 PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58780.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576 - 99909-8272</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016.Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

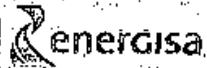
SERVIDOR LIDER OP01 4 B 07/12/2016 12:42 - 03000508028



JOSEFA LEITE FIGUEIREDO
 RUA PROJATADA, S/N - CENTRO
 JATAPORANDIA/PE CEP: 55180000 (AG: 154) E-MAIL: jozefaleite@ig.com.br

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO R220, Km 25, Cód. de End. Jato Porã/PE CEP: 55180000
 Referência: Nov/2016
 Nº Medida: 0000207142 Emissão: 10/11/2016

Nota Fiscal nº 0001 de Energia Elétrica nº 000.360.025
 Código para Dúvidas Atendimento: 0001348859



0800.083.0196

Conta referente a: **Nov. 2016**

UC (Unidade Consumidora): **6/1348859-8**

Canal de contato:

Apresentação: **10/11/2016**

Data prevista da próxima leitura: **12/12/2016**

CPF/CNPJ/RANI:

Faturas em atraso:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Dem. de Leitura: Data: Leitura	Dem. de Leitura: Data: Leitura			

Histórico de Consumo (kWh):

Mês	Consumo (kWh)
Set/16	86
Out/16	81
Nov/16	81
Dez/16	83
Jan/17	88
Fev/17	78
Mar/17	84
Abr/17	74
Mai/17	89
Jun/17	94
Jul/17	94
Ago/17	94
Sep/17	94

Resumo de Valores:

Descrição	Valor (R\$)
Consumo em kWh	81,00
Ant. B. Amortiz.	16,48
CMR	13,72
PR	13,72
ICFMS	2,01
CONTRIB. LIT. PUBLICA	0,04
JUROS DE MORA (9/2016)	2,70
JUROS DE MORA (10/2016)	2,70
MULTA (9/2016)	0,37
MULTA (10/2016)	0,37
ATUALIZAÇÃO MONETARIA (9/2016)	0,03
ATUALIZAÇÃO MONETARIA (10/2016)	0,03

VENCIMENTO: 18/11/2016

TOTAL A PAGAR: R\$ 65,26

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

RECEBI

06 JAN 2017

Nome:

SEMPRE LIGUE 0800 11 46 07 / 07/12/2016 12:42 - 6300030823

Reservado ao Fisco: **ac04.4776.0d11.92c9.56a5.16e1.ef87.7bf.**

Indicadores de Qualidade:

Composição do valor total da sua conta:

Descrição	Valor (R\$)	%
Devidos da Dta. da Empresa (PD)	14,88	22,82
Devidos da Energia	19,70	30,19
Devidos da Transmissão	1,02	1,56
Devidos da Distribuição	6,86	10,51
Impostos Devidos e Encargos	24,74	37,91
Devidos Serviços	0,00	0,00
Total	65,26	100,00

ATENÇÃO

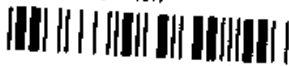
Seu contrato de energia elétrica nº 6/1348859-8 encontra-se em vigor.

VENCIMENTO: 18/11/2016

TOTAL A PAGAR: R\$ 65,26

83690000000-8 65260054000-7 13488592016-2 11901540019-3



**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**Eu, CARLUCIANO DA SILVA.RG nº 2991913, data de expedição 18/03/02, Órgão SSP/PB,CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARNÁIA</u>
CEP	<u>58780-000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576</u>
E-mail	

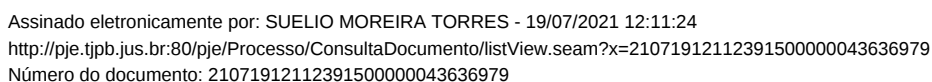
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

16:06 15/09/2016 209907 SUELIO MOREIRA TORRES JUNT 4 1



16:06 15/09/2016 209894 574200881 (J)R PVT & J





ESTADO DA PARAIBA
POLÍCIA MILITAR



INFORMATIVO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº

Nº CIO/COPOM:

Dp/SUCOP 13 BPM Data da Ocorrência 22/05/2016 Hora 04:10 min. Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e UF) AV. GETÚLIO VARGAS - ITAPORANGA-PB

Lugar de Referência PRÓXIMO AO ARMARINHO NOVO MUNDO.

Código da Ocorrência

Assunto da Ocorrência ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)

3º SGT- DANIEL

Placa da Viatura 5948

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula)

CA-CASSIMIRO

Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)

SD-MATHEUS

Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)

Nome Completo do Solicitante

INICIATIVA PRÓPRIA

Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Acusado(s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Informações Biométricas

Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Compleição Física: () Normal () Magro () G

Cor da Pele:

Marcas Características (Assinalar)

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica)

Nome Completo

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Nome Completo da Genitora

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Informações Biométricas

Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Compleição Física: () Normal () Magro () G

Cor da Pele:

Marcas Características (Assinalar)

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros

(Descrever Marca Característica)

Vítima(s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone(s)

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone(s)

Profissão Declarada

Testemunha(s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Ponto de Referência

Profissão Declarada



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr. (a) Caetano
da Silva
portador(a) da carteira de identidade nº _____
que o(a) mesmo(a) foi atendido por mim no dia de hoje, às 7 horas,
portador da patologia CID 10 S42.0
devendo ficar afastado(a) de suas atividades laborais por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Queimadas, PB, 21 de 10 de 16

Dr. Edvaldo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6588

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

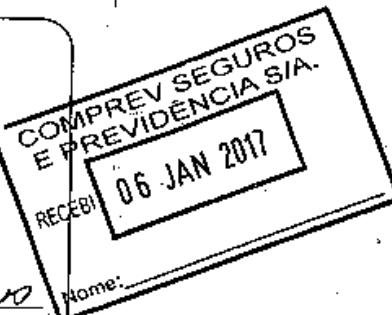
Autorizo o(a) Dr. (a) _____

A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) Paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE - 2ª VIA: ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

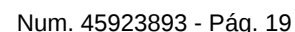
Rua Projelada, s/n - CEP: 58.475-000 - Queimadas - PB - CNPJ: 08.778.268/0048-24



SEQUIP0000110000 DEQUET 4 8 07/12/2016 12:42 - 000000500000



SENIOR LIBRARIAN 4 & 07/12/2016 12:42 - 1000050633



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, CARLUCIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 29919/3 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.762.554-97, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, Cidade ITAPORANGA, 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:

- (X) 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.

DOCUMENTO 3 *T3*



Carluciano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA, PB 12/07/2016

Local e data

16:06 15/09/2016 299908 GERENCO 132 1401 4 3





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SERVIÇO REGISTRAL "IRINEU RODRIGUES"
 ESTADO DA PARAÍBA
 COMARCA DE ITAPORANGA
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

IRINEU RODRIGUES JUNIOR
 OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

FRANCISCA CRIZANTO RODRIGUES
 ELIANE ALVES ARAUJO
 ESCRIVENTES

- CERTIDÃO DE CASAMENTO -

CERTIDÃO N.º 2003-

Certifico, que às fls. 12, sob n.º 5.101 do livro n.º B-Aux.11 de **Registro de Casamento**, foi encontrado hoje o assento de matrimônio de **CARLUCIANO DA SILVA e JACILENE MARINHEIRO OLINTO**, que passou a chamar-se **JACILENE MARINHEIRO OLINTO DA SILVA**, contraído perante o **Padre Deusimar Silva Gomes**, vigário paroquial e as testemunhas **Reinaldo Rodrigues Fonsêca e Antonio Alves Araruna**, paraibanos, comerciante e agricultor, residentes nesta cidade, sob regime de Comunhão parcial de bens.

Ele, nascido em Itaporanga - Paraíba, aos 14 de novembro de 1981, profissão agricultor, domiciliado e residente em rua Alcebiades Alves de Carvalho, nesta cidade, filho de Inacio Camilo e dona Josefa Mota da Silva, paraibanos, residentes nesta cidade.

Ela, nascida em Itaporanga - Paraíba, aos 22 de dezembro de 1983, profissão agricultora, domiciliada e residente em Sítio Catolé, deste município, filha de José Matias Olinto e dona Maria Daguia Marinheiro Olinto, paraibanos, residentes no Sítio acima citado.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 n.º 1º, 2º e 4º do Código Civil.

Observações: Casados religiosamente para efeito civil em 26 de junho de 2003.

O referido é verdade. Dou fé!

Itaporanga (PB), 30 de Junho de 2003.

Registro Civil das Pessoas Naturais

Irineu Rodrigues Junior
 OFICIAL REG. CIVIL

Francisca Crizanto Rodrigues
 Eliane Alves Araújo
 Escreventes Autorizadas
 ITAPORANGA-PB.

Irineu Rodrigues Junior
 - Oficial -





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 379 / 2016

Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do fato: 22 / Maio / 2016

HORAS: 4h00

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

CARLUCIANO DA SILVA, natural de Itaporanga/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 14.11.81, filho de Inacio Camilo e Josefa Mota da Silva, RG 2.991.913/PB e CPF 046.762.554-97, residente na R. João Ceatano da Silva, 63 Bela Vista Itaporanga/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, regressava do Campo de Futebol para sua residência, conduzindo a moto HONDA/BIZ 125 ES, cor Prata, ano - Mod. 2006/07, placa MNK6651/PB e chassi 9C2JA04207R024872, licenciada em nome seu genitor (INACIO CAMILO) e ao passar pela Av. Getulio Vargas (centro), perdeu o controle em um quebra-molas, caindo no calçamento, sendo então socorrido por uma Guarnição da Polícia Militar até o Hospital Distrital de Itaporanga/PB em seguida removido para o Hospital Regional de Patos/PB.

Itaporanga, 03 / JUN. / 2016.

Carluciano da Silva

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5



DOCUMENTO 1 "T19"



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, CARLUCIANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2991913 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 18/03/02 ECPF 046762354-97 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ --- () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLUCIANO 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 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 Empresaria - 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 com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no 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, 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.

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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2176-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.606-9

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.

ITAPORANGA, PR 12 de JULHO de 2016

LOCAL E DATA

Carluciano 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 legítima/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 previsto 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.dpvatsegurador.com.br ou aigue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2016 - Autoatendimento - 13:10:23
217673918 2001

EXTRATO DE POUÇANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
- EXTRATO DE POUÇANÇA DURO/POUPEX

AGENCIA: 2176-8 CONTA: 24.606-9
VARIAÇÃO: 01
CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

DATA	DT. BS	HISTORICO	VALOR
----- Julho/2016 -----			
09/07		Saldo ant.	10,98 C
		DISPONIVEL	10,98 C
		VL. BLOQUEADO	0,00 D
		SALDO TOTAL	10,98 C

SALDO POR DATA BASE

03	10,98 C
----	---------

MENSAGENS DIVERSAS

TR + 0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: QIP - CIP 11.547.150001-71
Exportação do papel: Tumbach - 554712 - 335m
Fornecedor: Autopel - CIP 11.547.150001-71
ABP: 201574211231 - 20157421123

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: QIP - CIP 11.547.150001-71
Exportação do papel: Tumbach - 554712 - 335m
Fornecedor: Autopel - CIP 11.547.150001-71
ABP: 201574211231 - 20157421123

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: QIP - CIP 11.547.150001-71
Exportação do papel: Tumbach - 554712 - 335m
Fornecedor: Autopel - CIP 11.547.150001-71
ABP: 201574211231 - 20157421123

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços.
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC).
0800 729 6678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Central de Atendimento BB
Saldo, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações.
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços.
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC).
0800 729 6678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Central de Atendimento BB
Saldo, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações.
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços.
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC).
0800 729 6678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta nº: 9796167

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 15/09/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/05/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01341/01342 - carta_03



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta nº: 9792867

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vitima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00115/00116 - carta_01



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160585834 - 1
Nome do(a) Examinado(a): CARLUCIANO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA PROJETADA nº 0 - CENTRO - ITAPORANGA/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2991913 - SSP
Data local do exame: 22/03/2017 SOUSA/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)

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - SOUSA, 22/03/2017

Médico Perito: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO CRM:7416/PB


Dr. Raimundo Pereira de Oliveira Neto
Medicina do Trabalho
CRM 7416-PB



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:11:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912112391500000043636979>
Número do documento: 21071912112391500000043636979

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10778573

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vitima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
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: CARLUCIANO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000002176-8

Conta: 000010024606-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00019/00020 - carta_15R



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10360421

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160585834 ASL-1080610/16

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data Acidente: 22/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00469/00470 - carta_03



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2017

Carta nº: 10605339

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00205/00206 - carta_02

00040103



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010024606-0

Nr. da Autenticação 9B97E1E87732ED3F



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

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
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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97
Comprovante de residência

DOCUMENTO 1 "T196"



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 21/02/2017
Nome: CARLUCIANO DA SILVA
CPF : 046.762.554-97

CARLUCIANO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/02/2017
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves



Monica Teixeira

Para: projeto.correio@seguradoralider.com.br
Assunto: 6902996 - 3160585834

Prezados bom dia

Encaminhamos a Declaração de residência e comprovante de endereço (já no processo), para que seja recebido, dando prosseguimento ao processo

Atenciosamente,

Monica Figueira Teixeira
Departamento de Sinistros



Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374
Fax: 55 21 2533-1427
E-mail : monica.teixeira@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorised disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/09/2016
Nome: CARLUCIANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 046.762.554-97

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/09/2016
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

CARLUCIANO DA SILVA

Patrícia Aleixo Silva





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CARLECIANO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 28/05/2016 CPF DA VITIMA 046.769.554-91
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 2997973 SSP/18
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROGETADA, 5
Nº 512 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE ITAPORANGA UF PR CEP 58.480-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9.9839-6596

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO 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

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28/09/2016
IDENTIDADE 2997973 SSP/18
ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 28/09/2016 MATR. CORREIOS 848698-7
NOME Emmanuel Missias A. Amorim
ASSINATURA Emmanuel Missias A. Amorim



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INACIO CAMILO

RG nº 4173685, data de expedição 26/06/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 139.149.988-30, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58780-000</u>
Telefone de Contato	<u>83.9922 9776</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016

Assinatura do Declarante: Inacio Camilo

16:06 15/09/2016 209903 SUELIO MOREIRA TORRES



JOSEFA LEME FIGUEIREDO

RUA PROJETADA, SN - CENTRO

(APORRADA) PO CEP: 68150-000

ENERGISA

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CRP 009.095.187/0001-40 - Ins. Est. 15.016.823-0

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO

Bairro: B. 240, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 53011-480

Referência: Junho 2018

Emissão: 08/06/2018

Atividade: 00000000000000000000

Atividade: 00000000000000000000

0800 083 0196

www.energisa.com.br

UC (Unidade Consumidora): 5/1348869-8

Canal de contato:

Junho 2018

Apresentação

09/08/2018

Data prevista da próxima leitura

12/07/2018

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Diferença

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

Faturas em atraso

Quantidade

Valor (R\$)

00000000000000000000

00000000000000000000

Base de Cálculo

Saldo Devedor

Saldo a Pagar

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/06/2018

R\$ 64,99

RESERVADO AO FISCO

1c7c.7aa1.93fd.8846.384f.2321.d89a.bf5d.

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da sua conta

Limite

Apurado

Limite de Tensão

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

Classificação

Valor (R\$)

%

00000000000000000000

00000000000000000000

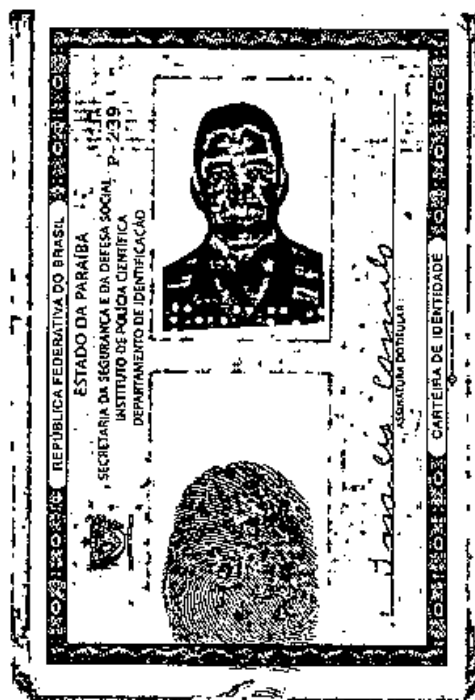
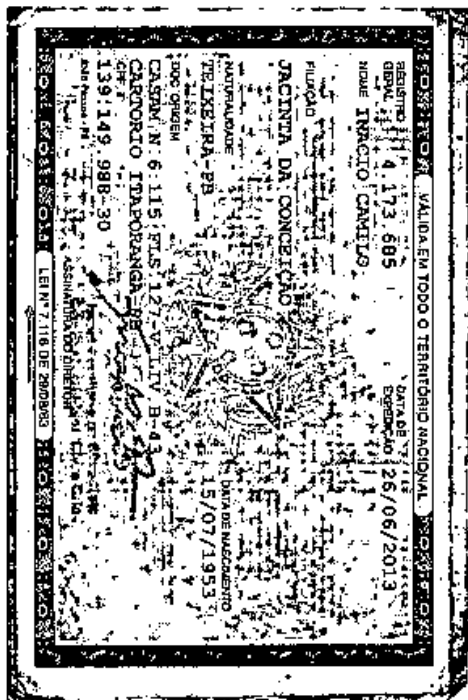
00000000000000000000

ATENÇÃO

16:06:15/09/2018 209962 53870000000000000000

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:11:24
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912112391500000043636979
 Número do documento: 21071912112391500000043636979

Num. 45923893 - Pág. 41



16:06 15/09/2016 2099804 58200001 1:32 2401 4 3



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatofticial



Youtube.com/dpvatofticial



Twitter.com/dpvatofticial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

PERMITENTE / Name		TELEFONE / Phone Number	
CARLUCCIANO DA SILVA			
ENDEREÇO / Address			
PROJETADA, SIN			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
58780000	ITAPORANGA	PB	

--

RECYCLAR MATERIAS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN/RS		Nº 012507315964	
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
INACIO CAMILO		INACIO CAMILO	
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL		ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	
Cidade: Porto Alegre		Cidade: Porto Alegre	
Data de Emissão: 15/07/2021		Data de Emissão: 15/07/2021	
Validade: 15/07/2022		Validade: 15/07/2022	
Tipo de Veículo: 01 - Automotor		Tipo de Veículo: 01 - Automotor	
Marca/Modelo: HONDA/BLAZER		Marca/Modelo: HONDA/BLAZER	
Ano: 2016		Ano: 2016	
Cidade: Porto Alegre		Cidade: Porto Alegre	
Código de Verificação: 40053		Código de Verificação: 40053	
Seguro Obrigatório		Seguro Obrigatório	
Documento de Porte Obrigatório		Documento de Porte Obrigatório	
Inalidado para transferência		Inalidado para transferência	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES		Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES	
Data: 19/07/2021 12:11:24		Data: 19/07/2021 12:11:24	

DOCUMENTO 7 *T7*



16/06/15/07/2016 209995 SEGURO DPVAT LIDER 2021 8 5



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PRIMEIRAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

• O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PRIMEIRAS TRANSPORTADAS OU NAO.

• ESTAO OBRIGATORIOS TODOS OS CONDUTORES, EM TODO O TERRITORIO NACIONAL, SEJAM ELLES MOTORISTAS, PASSAJEIRAS OU PILOTOS.

• SAO OBRIGADOS TAMBEM TIPOS DE OBRIGATORIO: MORTEL, VALORES PERMANENTES E RESCISAO DE DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES (DAMES).

• SE VOS POR VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO OU DE TRANSPORTAÇÃO, DEVEIS, PARA A OBRIGATORIO, ABANDONAR A COTA E SUBSTITUI-la POR UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS CONSUETOS EM: [WWW.DPVAT.GOV.BR](http://www.dpvat.gov.br) OU 0800-000000. SE TIVER DANOS LIGADOS A COTA, CHAME 0800-000000.

• VALORES DE INDENIZACAO POR PERDA DE VITIMAS E OBRIGATORIO MEDICA E SUPLEMENTAR PARA PERDA DE INDENIZACAO.

VALORES (R\$)	VALORES PERMANENTES (R\$)	VALORES (R\$)
DE 10 A 100.000	DE 10 A 100.000	DE 10 A 100.000

(1) MORTEL: REGISTRO DA OBRIGATORIO, EMISSAO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DETEMIDA DE OUTRA COTA DA OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA VITIMA E OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA QUALIDADE DE OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO.

DE PRIMEIRO PERMANENTE REGISTRO DA OBRIGATORIO, EMISSAO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DETEMIDA DE OUTRA COTA DA OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA VITIMA E OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA QUALIDADE DE OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO.

(2) DAMOS - DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OBRIGATORIO, EMISSAO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DETEMIDA DE OUTRA COTA DA OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA VITIMA E OBRIGATORIO DE OBRIGATORIO DA QUALIDADE DE OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO.

• PODERAO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, INDO- TENDO DO ANEXO 1, RESOLUCAO 0800-000000.

• IMPORTANTE:

• NAO E NECESSARIO ADICIONAR, DESCONTANTE OU QUALQUER INTERVENCAO PARA SAIR ENTRADA NO FUNDOS DE OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO.

• O RESCISAO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES, ESTA LIMITADA A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 10 DA RESOLUCAO 0800-000000.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA RESCISAO OU RESCISAO DE DANOS, A PARTIR DA APRESENTACAO DA DOCUMENTACAO NECESSARIA.

• A RESCISAO DE DANOS PAGA COM 50% DO VALOR VIGENTE NA DATA DA OBRIGATORIO DA OBRIGATORIO.

INFORMACOES ADICIONAIS

• O SEGURO DPVAT E OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETARIOS DE VEICULOS DE ACORDO COM A LEI Nº 8.184/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEICULOS.

• PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE SEGURO.

• O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPORTE DE RESCISAO DE VEICULOS AUTOMOTORES - IPVA, QUEO SEJA PELO A COTA DO SEGURO DPVAT, O VENCIMENTO TAMBEM ESTARA ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO SEGURO E DO SEGURO DPVAT SEJAM NA MESMA DATA.

• O VEICULO NAO ESTARA OBRIGATORIO LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NAO FOR PAGO RESCISAO CONTRA O SEGURO.

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A RESCISAO DESTINACAO:

• 40% AO FUNDO NACIONAL DE SAUDE - FNS DO MINISTERO DA SAUDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTENCIA MEDICA HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRANSITO (ART. 37 DA LEI Nº 8.080/90).

• 10% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO - DNATRAM, PARA APLICACAO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENCAO DE ACIDENTES DE TRANSITO PARA O PAIS UNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 8.080/90, OBRIGACAO DE TRANSITO BRASILEIRO.

• ANEXO 1 - ADICIONAMENTO AO PRELIMINAR DPVAT 0800-000000

INFORMACOES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE RESCISAO E RESCISAO ANUALIZACAO DE RESCISAOES, LOGOS DE OBRIGATORIO, DOCUMENTACAO NECESSARIA, PRAZOS E OUTROS DADOS.



DIGITE - SUSEP
0800 021 0434
www.susep.gov.br

• SUPERINTENDENCIA DE RECURSOS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS SERVIÇOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSISTÊNCIA, RESCISAO E OBRIGATORIO DE SEGURO.

SEGURO OBRIGATORIO IPVA - 1ª COTA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	MULTAS DE TRANSITO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
IPVA - 2ª COTA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	ENCARGOS DO DETRAN AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 68

Carluciano da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

046.762.554-97

CARLUCIANO DA SILVA

14/11/1981

S 3 JUNE 2001 180021235 268602 9102/60/51 98191

DOCUMENTO 6 *T696*



VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 2991913 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/1981

CARLUCIANO DA SILVA

Inacio Camilo
Josefa Neta da Silva

Itaporanga-PR

14.11.1981

Cert. Nasc. 2.788.416.50-V.I.IV

A-4. Cart. São José de Calana-PR

CPF 046.762.554-97

JATO PARAIBA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DIV. DEPT. DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com o documento de identidade.

CORREIOS
www.correios.com.br

MAR-2004



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240310

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

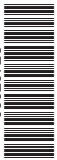
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15925705

Pag. 01455/01456 - carta_01 - INVALIDEZ

00020728





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200240310 Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01563/01564 - carta_03 - INVALIDEZ

00030782



Carta nº 15939161





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240310

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00385/00386 - carta_05 - INVALIDEZ

00020193



Carta nº 15993014





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280234

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16020533





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280234

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01067/01068 - carta_05 - INVALIDEZ

00050534



Carta nº 16046957



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046 762 554 97 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Carlos Eduardo da Silva 6 - CPF: 046 762 554 97
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2176 8 CONTA: 24606 9

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 37/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 482 /2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA E HORA DO FATO: 12 / Abril / 2020 HORAS 18h30.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Gleberson Fernandes da Silva

Notificante/Vítima:

CARLUCIANO DA SILVA, brasileiro, Paraibano, nascido no dia 14.11.81, casado, agricultor, nas, digo filho de Inácio Camilo e Josefa Mota da Silva, RG 2991913/SSP/PB e CPF 046.762.554-97, residente no Sítio Cachoeira, zona rural de Itaperanga/PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou e seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sendo à Itaperanga-PB, conduzindo a moto HONDA/POP100, cor preta, a no 2015 2015, placa QFW3190/PB e chassi 9C2HB0210FR002590, em nome de ERIVANILDO MOTA DA SILVA e ao passar pelo Sítio Catelê, zona rural de Itaperanga-PB, precisamente em frente ao Parque de Vaqueijana de Luiz Carneúba, perdeu o controle da moto ao passar por um buraco, caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para atendimento Hospitalar.

Itaperanga, PB Em, 08 de Maio de 2020

Notificante/Vítima: Carluciano da Silva

Escrivão Plantonista: _____

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Pol. da Mat. 80045
CHEFE DE CARTÓRIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280234 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM/PB 11400, 06/08/2020.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO (3160585834 - 22/05/2016) ANTERIOR EM R\$ 4.725,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046 762 554 92 4 - Nome completo da vítima: Carlosiano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Carlosiano da Silva 6 - CPF: 046 762 554 92
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2176 8 CONTA: 24606 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Rx02

 SUS	 PARANÁ Governo do Estado	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA
		REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS) NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CNPJ: 08.778.288/0018-09 ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO BAIRRO: CENTRO CEP: 58.780-000 MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARANÁ UF: PR		
PACIENTE NOME: CARLUCIANO DA SILVA IDADE: _____ PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ UF: _____ CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____ DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____ DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: _____		
DADOS CLÍNICOS: Fx DE CLAVÍCULA		
MATERIAL A EXAMINAR:		
EXAMES SOLICITADOS: Rx DE CLAVÍCULA/ OMBRO E AXILAR, AP VERDADEIRO E PERFIL DE ESCÁPULA		
CID - 10		
PROFISSIONAL: CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL: Dr. Mathias Gonçalves Muniz MÉDICO CRM-PR 15174
ASSINATURA DO PACIENTE:		OU PLEGAR DIREITO:
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Roberto da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carluccio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.762.554 / 92

do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Carluccio da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.762.554 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Euclides Kipperman 20</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>com.</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>netos.moreira@hotmail.com 83</u>	CEP: <u>58280-000</u>	Tel.(DDD): <u>99947152024</u>

Local e Data: Itaporanga 07/07/2020

Suelio Roberto da Silva
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

PE

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF **039.247.064-09** DATA NASCIMENTO **13/04/1978**

FILIAÇÃO **ADELSON DOS SANTOS**

CONJUGE **RODRIGUES DA SILVA**

PERMISSÃO **PROTEÇÃO** ACO **PROTEÇÃO** CAT. HAB. **A3**

Nº REGISTRO **04119219971** VALIDADE **30/04/2022** VIGILÂNCIA **14/06/2007**

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO **21/08/2017**

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
PE079761304

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EVANGELISTA FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 56100000 (AQ: 154)

energisa
ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 240, Anjos - Costa Rica - Jaboatão/PE - CEP: 54071-680
UNF: 0800 101 0000-40 Insc. Est: 16.015.023-0
Web: Faturar/Contas de Energia Elétrica: M000714620
Cód. para Débito Automático: 000028222

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

Conta referente a **Fev / 2020** Apresentação **11/02/2020** Data prevista da próxima leitura **12/03/2020** CPF/ CNPJ/ RANI **039.247.064-09** Insc. Est. **16.015.023-0**

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conheça a Peca, nossa atendente virtual do WhatsApp!
Ela pode te ajudar com informações sobre cobranças, enviar a empresa no dia da conta de energia e até fazer pedido de ligação. Sabe nosso número?
nos chama sempre que precisar. (07) 96135-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/01/20	4750	11/02/20	4836	
				86

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor Calc. (R\$)	Valor Calc. (R\$)	Valor Calc. (R\$)
0001	Consumo em kWh	05,000	0,702150	3,51075	0,00	0,00	3,51075	3,51075	0,00	2,00
0001	Adc. B. Antena	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,04
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA (11/2020)	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA (11/2020)	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:11:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912112478000000043636980>

Número do documento: 21071912112478000000043636980

Num. 45923894 - Pág. 15

FEDERATIVA DO BRASIL		SISTEMA DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014666263825	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VA	CCO RENOVAT	20191000000000000000	
1	0105671313-2	00/0000000000 2019	
ERIVANILDO MOTA DA SILVA		SAC DPVAT 0800 020 1104	
15447743893	PLACA ANT/UF	QFW3190/PB	
NOVO	PB	9C2HB0210FA002590	
PAS/MOTOCICLE/MO APLIC		COMBUSTIVEL	
HONDA/POP100		GASOLINA	
2 P/97 /CI	CATEGORIA	COR PRE DOMINANTE	
PARTIC		PRETA	
TOTAL UNICA		VENC COTA UNICA	
1º IFVA EGO EM 00/00/0000		1º	
FAIXA IFVA		2º	
PARCELAMENTO/COTAS		3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		*****	
SEM RESERVA DE DOMINIO		OBSERVAÇÕES	
ITAPORANGA		OBRIGATORIO	
15447		COTA UNICA	
17/07/2019		DATA	
31/84		31/84	

FEDERATIVA DO BRASIL		SISTEMA DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014666263825	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VA	CCO RENOVAT	20191000000000000000	
1	0105671313-2	00/0000000000 2019	
ERIVANILDO MOTA DA SILVA		SAC DPVAT 0800 020 1104	
15447743893	PLACA ANT/UF	QFW3190/PB	
NOVO	PB	9C2HB0210FA002590	
PAS/MOTOCICLE/MO APLIC		COMBUSTIVEL	
HONDA/POP100		GASOLINA	
2 P/97 /CI	CATEGORIA	COR PRE DOMINANTE	
PARTIC		PRETA	
TOTAL UNICA		VENC COTA UNICA	
1º IFVA EGO EM 00/00/0000		1º	
FAIXA IFVA		2º	
PARCELAMENTO/COTAS		3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
*****		*****	
SEM RESERVA DE DOMINIO		OBSERVAÇÕES	
ITAPORANGA		OBRIGATORIO	
15447		COTA UNICA	
17/07/2019		DATA	
31/84		31/84	



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 240 310

Data da solicitação: 06/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CARLUCCIANO DA SILVA

CPF do beneficiário: 04676255492

Nome do solicitante: SUELIO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF do solicitante: 03924706909

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 999471520

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

[DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

28/08/2020 06/08/2020

Local e Data

SUELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlucciano da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Silva Cardeiro, nº 51, bairro Alga Rural, Município de Itaporanga, Estado da(o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador(a) do RG nº 2991913 e CPF nº 046.762.554-97.

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) putorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 12.1.07.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza material 1

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 07 de Julho de 2020

x. Carlucciano da Silva
outorgante

CPF Nº 046.762.554-97

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlucciano da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Silva Carbalho, nº 51, bairro Alga Rural, Município de Itaporanga, Estado da(o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador(a) do RG nº 2991913 e CPF nº 046.762.554-97.

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) putorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 12.1.07.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza material 1

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 07 de Julho de 2020

x. Carlucciano da Silva
outorgante

CPF Nº 046.762.554-97

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219943/20

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

CPF: 046.762.554-97

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/08/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB

Processo n.º 08029622020208150211

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLUCIANO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA IMPOSSIBILIDADE DE CONDENAÇÃO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo processo administrativo foi autuado sob o n° 3160585834, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 22/05/2016.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT em decorrência de LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, 50%, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente. Destaca-se que o autor recebeu administrativamente o valor de R\$ 4.725,00.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente no ombro esquerdo foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão já indenizada anteriormente em virtude de um novo acidente automobilístico, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de seqüela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexos de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Pede Deferimento,

ITAPORANGA, 15 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2021 12:11:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071912112545200000043636982>
Número do documento: 21071912112545200000043636982

Num. 45923896 - Pág. 3