



Número: **0823316-36.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIVALDO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37533790	07/12/2020 11:10	2770526_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2015

Carta nº: 8217628

A/C: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3150950830
Vítima: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 05/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00667/00668 - carta_04





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Josivaldo Leoni da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2211 732 EXPEDIDO POR SSP PB EM 28.07/99 E
 CPF 031699464-20 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josivaldo Leoni 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta, pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FACIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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

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

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

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

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 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0034 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 198704-7

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.

Josivaldo Leoni da Silva 28 de setembro de 2015 LOCAL E DATA
Josivaldo Leoni da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA, PB

DATA: 17/09/2015

TERMINAL: 1802

NSU: 000356

HORA: 10:59:00

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 003/313 00146704-7

NOME: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO:

SALDO TOTAL:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via do Cliente

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 2688 /2015, na mesma continha o seguinte teor: **Aos dois dias do mês de setembro do ano** de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Francisco de Assis Araújo**, as **18:30** horas, compareceu o Sr. **Josivaldo Luiz da Silva**, brasileira, natural de Santa Rita - PB, portador da cédula de identidade nº 2 211 732 SEDS/PB, filho de Sebastião Luiz da Silva e de Maria de Lourdes Luiz da Silva, residente à (na) Fazenda Pitombeira s/n, nesta cidade, o qual notificou que, na tarde do dia 05 de maio do ano fluente, por volta das 15:00 horas aproximadamente, quando conduzia a moto **Honda CG 125 FAN** de placa **NPW 4311/PB** na avenida acesso Oeste, bairro Ilha do Bispo em João Pessoa/PB, foi surpreendido por um veículo de placas e Condutor não identificado que freou bruscamente em sua frente e, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em mangabeira com várias lesões pelo corpo, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé.** Everaldo Martins da Costa, E s c r i v ã o q u e

Digitado

Santa Rita, 02 de setembro de 2015.

O ORIGINAL

B.O. CONFERE COM

Josivaldo Luiz da Silva





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

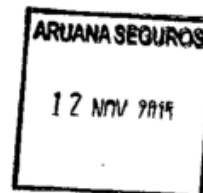
Eu, Josivaldo Luiz da Silva, portador da carteira de identidade nº 2211 732 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031 699 464, residente e domiciliado na Rua Jaz Pitahueira S/N, Bairro Pintoluna, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) 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.

* Josivaldo Luiz da Silva
Assinatura do
declarante
conforme documento de
identificação



João Pereira, 29 de maio de 2015

Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150950830 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

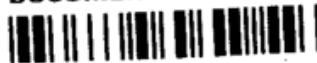
CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 2 "T200"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

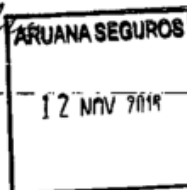
Eu, Josivaldo Luiz da Silva,
RG nº 2811.732, data de expedição 28/07/99, Órgão SSP-PB,
CPF nº 031.699.464-20, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Foz Pitombéria</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pitombéria</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-097</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074 / 98887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 28/09/2015

Assinatura do Declarante: Josivaldo Luiz da Silva



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-mão de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 000.049.058



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Dr. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480

CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSIVALDO LUIZ DA SILVA
FAZ PITOMBEIRA S/N
SANTA RITA

Pitombeiro
58300-970

GDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1231607-1

REFERÊNCIA

OUT/2015

APRESENTAÇÃO

06/10/2015

VENCIMENTO

14/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 46,06

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Roteiro: 01-009-630-2920

83640000000-3 46060054000-5 12316072015-7 10600090019-6

VENCIMENTO

14/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 46,06

MATRÍCULA

1231607-2015- 10-8



ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:10:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711103918300000035809919>

Número do documento: 20120711103918300000035809919

Num. 37533790 - Pág. 8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

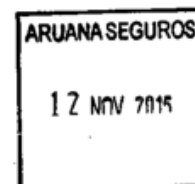
Eu, Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
RG nº 2615.346, data de expedição 28/02/14, Órgão Sitron-PB
CPF nº 010.621.944-89, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Agente Fiscal José Costa Duarte</u>
Número	<u>157</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58056-384</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074 / 98887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 27/10/2015

Assinatura do Declarante: Almeida



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12 - S - 202 - 425 Referência: Set / 2015
Nº medidor: 00006867521 Emissão: 22/09/2015

ENERGISA PARAIBA (DIS TRIBUNADOR DE ENERGIA S/A)
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.036.183/0001-40 Insc Est 16.015.829-4
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.900.357
Código para Débito Automático: 60016982811

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

eb0f Gd89 9902 f82 bed7 cc0e cb55 766d

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1698281-1

Set / 2015

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha em 15%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologatória ANEEL 1.945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

22/09/2015

Data prevista da próxima leitura

22/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
1084222445

Cálculo de consumo

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 17/09/2015 PAGAS,
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
26/08/15	2187	22/09/15	2480	1
				273
				33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	273	0,40997	111,92
Adic. B. Vermelha			13,19
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			1,84
COFINS			7,55
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			8,95
ICMS (Base de Cálculo R\$ 179,08 (Alíquota 25,00%))			44,75

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/15	242
Jul/15	201
Jun/15	167
Mai/15	193
Abr/15	188
Mar/15	239
Fev/15	226
Jan/15	204
Dez/14	200
Nov/14	166
Out/14	125

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

29/09/2015

R\$ 188,01

Média dos últimos meses
108 kWh

Indicadores de Qualidade

2015 - Mangabeira

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,40	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 10,80		
DIC ANUAL 21,73		
FIC MENSAL 9,40	0,00	CONTRATADA 231
FIC TRIMESTRAL 18,95		
FIC ANUAL 37,90		
CMIC 3,11	0,00	LIMITE INFERIOR 201
DICRI 12,22		LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	48,42	25,78
Compra da Energia	60,48	32,17
Serviço de Transmissão	4,18	2,22
Encargos Sociais	11,03	5,87
Impostos Diretos e Encargos	82,90	43,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	188,01	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ret. 7/2015) R\$ 43,35

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/15 - Res. ANEEL nº 1.898 - Baixa Tensão 10,51% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/15 - Res. ANEEL nº 1.898 - Alta Tensão 11,47% Médio
- Leitura confirmada

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:10:39

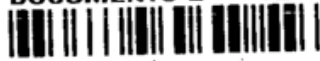
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711103918300000035809919>

Número do documento: 20120711103918300000035809919

Num. 37533790 - Pág. 10

ANEXO II

DOCUMENTO 2 "T2%"



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kudson Medeiros de Oliveira Almeida, portador(a) do

RG nº 2615346, expedido por SSP-PB, em

28/02/2014, CPF/CNPJ nº 010.621.944-89,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Yosivaldo

Buiz da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade

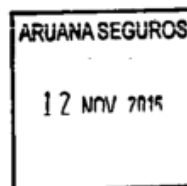
da vítima Yosivaldo Buiz da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresario Renda Mensal: R\$ Revan

Documentos comprobatórios: _____

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DOCUMENTO 4 "T4%"



CERTIDÃO

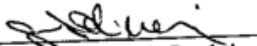
Nº. 1603/2015

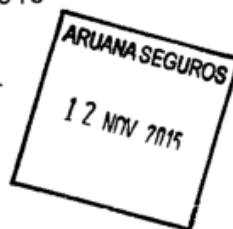
Atendendo solicitação de ANDERSON LOPES DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 756554 pertencente a **JOSIVALDO LUIZ DA SILVA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 05/05/2015 às 16H36min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 08 de Junho de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

Ficha Nr: 756654

Atd: Nao Regula

Data: 05/05/2015

Hora: 16:36:18

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA

Clinica: CIRURGICA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIVALDO LUIS DA SILVA

Num. Prontuario: 2015.05.000410

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 93951896

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/03/1978 Id: 37 ano(s)

End.: FAZENDA PINTOBEIRA,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: SEBASTIAO LUIZ DA SILVA

Mae: MARIA DE LOURDES SEBASTIAO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSIVALDO LUIS DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 93951896 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM BAYEUX AS 15:20

Vitima de violência por: COND.MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO CARRO X MOTO, SUSPEITA DE FRATURA DE TIBIA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de queda de moto, com capote. Queixa-se de dor em tornozelo @ com dificuldade de movimentar. Toxica e abdome sem alteracao. Rx de Tx normal.

Diagnostico

Conduta

Atte de cirurgia geral

Razo x
Analises de ortopedic

Prescrição

Horario da medicacao



Scanned by CamScanner

Dr. Carlos Augusto S. Rave
R. do Torquato 1000, Falt. 100
Bairro Boa Esperança, Acropolis de

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr. Carlos Augusto S. Rave
033 006973
Hospital Unimer JP

Dr. Carlos Augusto S. Rave

Insuficiência

Cardíaca

Respiratória em O2

Prescrição 590.0 - 10mm

Dr. Carlos Augusto S. Rave
Médico
CRM-PB 87999

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

le	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

BO 206 0200

ESTADO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ TML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030460061

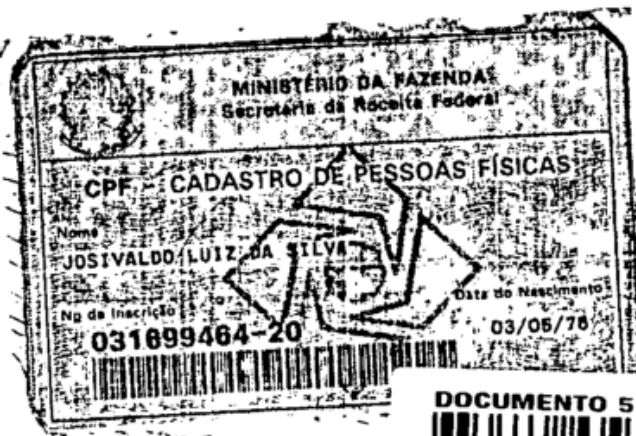
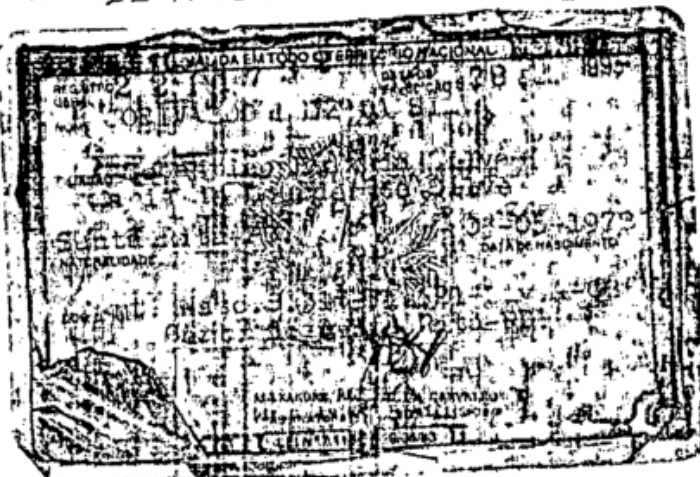
Scanned by CamScanner





RG: 22 11732

Josivaldo Luiz da Silva




MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
2ª VIA
 Número 66.612 Série 00112-13

Antônio Carlos de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	José Roberto Loureiro da Silva
Lóq. Nasc.	Gorta Rita Est. P.B. Data 03/03/38
Filiação	Sobrinha do Sr. de Silva
Doc. Nº	V. 8. 312 W 21. M. 1 A 08
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em ____ / ____ / ____ Doc. Ident. Nº _____	
Exp. em ____ / ____ / ____ Estado _____	
Obs. _____	
Data Emissão 12/05/03 DRT P.M.S.-K-3	
Assinatura do Funcionário Lutimede Alves Vieira Chefe de Seção de Carteira Pessoal	
ARUANA SEGUROS 12 NOV 2014	
ALTERAÇÕES DE (Com relação nome, est.)	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Est. Civil	
Doc.	
Est. Civil	
Doc.	
Nascimento	
Doc.	
Doc.	

ARJANA SEGUROS
12 NOV 2019

ALTERAÇÕES DE
(Com relação nome, endereço, etc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.



DOCUMENTO 3 "T3%0"

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

NOME: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAGEIRO Nº: 2615346 SSP PB

CPF: 010.621.944-89 DATA NASCIM. 08/02/1983

RELAÇÃO:
JESUALDO ELOI DE ALMEIDA
ROSICLEIDE MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

PERMISSÃO: AD CATIVA

Nº RENOV. 01777916204 VALOR 26/02/2019 09/05/2001

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894237237

PROIBIDA PLASTIFICAR 894237237

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EXPIRAÇÃO: 28/02/2014

Assinatura: *Rodolfo Carneiro* 04104913622
PUB. 020195023

DETRAN - PB (PARATIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ARUANA SEGUROS

12 MAR 2015



DOCUMENTO 6 - "T60%"

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FORTUITOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS E TRANSPORTADAS QUE NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 011754983078 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

www.dpvat.segurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 25703720

03169946420 NPA431272

00505D006R1 HONDA CG 125 CC 1100R140223

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (S)

SEGURO

DATA DE VALIDADE 01/01/2015

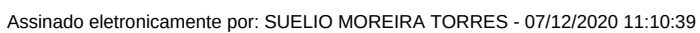
COTIMUNICAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 04.248.699/0001-04
www.seguradoralider.com.br
05524 055229 20150325

ARIANA SEGUROS

12 NOV 21



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Marivaldo Luiz da Silva, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº
2211.732, CPF/MF nº 031.699.464-20, residente e domiciliado(a)
à Rua Faz Pite mbreiro, SIN, Cidade de
Santa Rita, Estado Paraíba, CEP:
58300-097, telefone 98717-7343, 98851-4074.

OUTORGADO: Hudson Medeiros de Oliveira Almeida
CPF sob o n.º 010.621.944-89, e RG sob o n.º 2615346 com endereço
na Rua: Agente Fiscal Costa Duarte,157 Bairro : Mangabeira na cidade de
João Pessoa Estado da Paraíba.

PODERES: O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:
Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização
por invalidez permanente/Morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de
Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos
herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de
indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento
do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar
documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras
conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 20 de Outubro 2015

Marivaldo Luiz da Silva
OUTORGANTE

