



Número: **0805455-37.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/02/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVANIA DIAS SANTOS DA SILVA (AUTOR)		LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37409 626	03/12/2020 09:10	2771092_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Lúcio Santo da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.416.326 e inscrito no CPF/MF sob o nº 1862.376451, residente e domiciliado na Epitácio Madruga, Cidade Itapetrolina, Estado PE, 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.

Lúcio Santo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 28-04-2018

Local e data

300421



Comprovante da residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucas Santos da Silva

RG nº 4.416.326, data de expedição 07/03/2016 Órgão SSPB

CPF nº 136.263.7645, 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>Edifício madruge</u>
Número	<u>n/5</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Itaperiçoca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58225-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-98843-3928</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 4. P. 23.01.18

Assinatura do Declarante: Lucas Santos da Silva

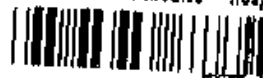
889800413



Num. 37409626 - Pág. 3



Documentação médica - hospitalar



CRIO DA
E-SPADE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0775/2016

Atendendo solicitação de SILVÂNIA DIAS SANTOS DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 841404 e Prontuário Nº 2016.04.000859 pertencentes a **LUCAS SANTOS DA SILVA**, que foi atendido no dia 04/04/2016 às 21H34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

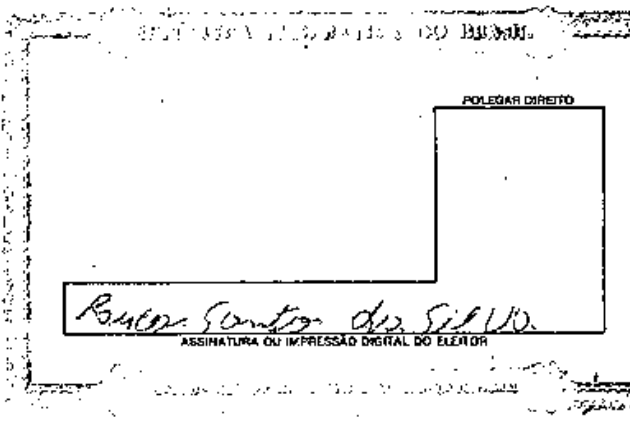
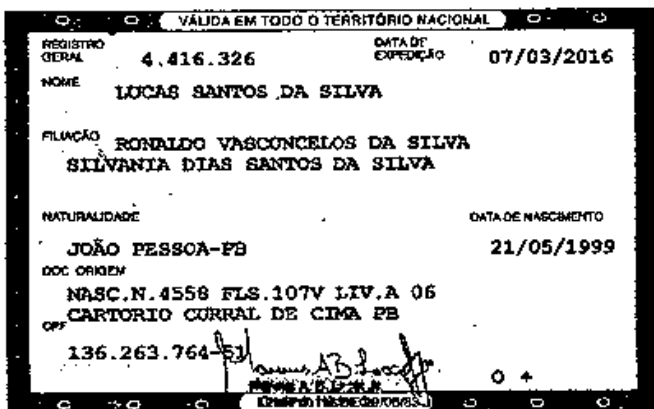
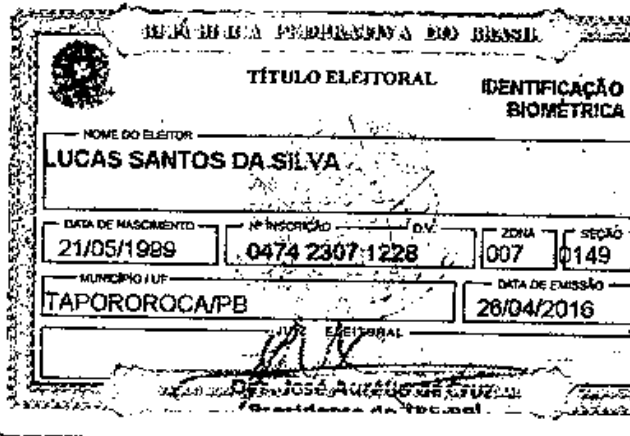
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 4º metatarso esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/04/2016. Alta dia 26/04/16.

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

João Pessoa, 06 de Junho de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2859





CÓDIGO DE CONTROLE
4C0D.E885.78A7.E80B

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 21:45:42 do dia 04/02/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Lucas Soares da Silva 04 5164

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 136.263.764-51

E-mail _____

Data 23.04.18 Assinatura Suelio Moreira Torres 04.5164

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) At. Central Jd. 010 Pessoa

Atendente Miguel de Costa 01030 Matrícula 8238102

Data: 23.04.18 Assinatura: Suelio Moreira Torres

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Lucas Soares da Silva

DATA DO ACIDENTE 04.04.16 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 136.263.764-51

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)

☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não

☒ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Laudo de invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@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 unauthorized 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.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

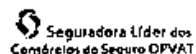
JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160177/18
Vítima: LUCAS SANTOS DA SILVA
CPF: 136.263.764-51

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/04/2016
Titular do CPF: LUCAS SANTOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

LUCAS SANTOS DA SILVA : 136.263.764-51

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 da entrega: 26/04/2018
Nome: LUCAS SANTOS DA SILVA
CPF/CNPJ: 136.263.764-51

LUCAS SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2018
Nome: PRISCIANE DE SOUSA CORREIA
CPF: 101.812.987-16

PRISCIANE DE SOUSA CORREIA



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180204475

Vítima: LUCAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180204475**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12779512

Pag. 01409/01410 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180204475

Vítima: LUCAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 04/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180204475**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01083/01084 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12782662



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180204475
Vitima: LUCAS SANTOS DA SILVA
Data do Acidente: 04/04/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180204475**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13559771

Pag. 01113/01114 - carta_16 - INVALIDEZ

00020557





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, Lucas Santo da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.416.326 EXPEDIDO POR SS/PB EM 07/03/2016 E
CPF 136203264-51 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000111668-3

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.

23 de Março de 2018

LOCAL E DATA

Lucas Santo da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
--- acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JINA: sorteios de segunda-feira a sábado. APOS

110-607381125-3

20/ABR/2018

HORA DE 11:35:59

LOT. 13.018188-9

TERM 059545

LOCALIDADE: ITAPORORUÇA

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 110402412

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUCAS SANTOS DA SILVA

AGENCIA: 0044

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.111.668-9

DATA DA ABERTURA: 20/04/2018

LOTerias CAIXA

110-607381125-3

1ª VIA



1ª Superintendência Regional Da Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Boletim de ocorrência



mento verbal de pessoa
cujos teór agora passa a

1/1 020885 Z:71 8182-306-92 D JHNS 82017 N 020885

Competência 1:

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 04/04/16, por volta das 17:00h, quando seu filho de nome LUCAS SANTOS DA SILVA, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, com 17 anos de idade, Estudante, RG. 4.416.326-SSP/PB, se encontrava como carona numa motocicleta de marca HONDA, cor preta, de placa não sabida, conduzida por um amigo de identidade não sabida da notificante, na ocasião que este trafegava estrada da cidade de Itapororoca/PB, ao desviar de um animal que cruzou à sua frente, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato LUCAS SANTOS DA SILVA veio a sofrer fratura do 4º metatarso esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Procedimento: 01393.01.2016.1.02.202



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

Silvânia Dias Santos da Silva

SILVÂNIA DIAS SANTOS DA SILVA

Noticiante /

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

Escrivão De Polícia

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

Procedimento: 01393.01.2016.1.02.202

