



Número: **0810926-34.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/03/2017**

Valor da causa: **R\$ 1.350,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO DA SILVA SANTOS (AUTOR)	ANTONIO ALVES DE SOUSA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41593 066	09/04/2021 14:00	<u>Petição</u>	Petição
41593 067	09/04/2021 14:00	<u>2778695_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
41593 068	09/04/2021 14:00	<u>2778695_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104091400482090000039595101>
Número do documento: 2104091400482090000039595101

Num. 41593066 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08109263420178152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **PAULO DA SILVA SANTOS**, 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:

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro. Em razão disto, parte Autora teve o seu requerimento administrativo cancelado.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo, de propriedade da parte autora.

OCORRE QUE O AUTOR, NÃO PAGOU O PRÊMIO DO SEGURO, ESTANDO O VEÍCULO EM SITUAÇÃO IRREGULAR PELO NÃO PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO À ÉPOCA DO SINISTRO.

ASSIM, TRATANDO-SE O REQUERENTE DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO QUE ENSEJOU A LESÃO, NÃO TENDO ESTE COMPROVADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, NÃO TEM DIREITO À COBERTURA SECURITÁRIA.

NO CASO TRAZIDO À BAILA, CONFORME SE EXTRAI DA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS, A PARTE AUTORA É PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO CAUSADOR DAS LESÕES PELAS QUAIS É PLEITEADA A INDENIZAÇÃO PELO SEGURO DPVAT, ESTANDO A CATEGORIA DAQUELE ENGLOBADA PELO CONSÓRCIO DPVAT, À INTELIGÊNCIA DO ART. 38 DA RESOLUÇÃO DO CNSP Nº 332/2015.

CONTUDO, É CRISTALINO QUE A PARTE AUTORA NÃO PREENCHE OS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA SER INDENIZADA, EM RAZÃO DA MORA DO PAGAMENTO DO

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104091400487600000039595102>
Número do documento: 2104091400487600000039595102

Num. 41593067 - Pág. 1

SEGURO DPVAT. ASSIM, NÃO HÁ EM QUE SE COGITAR COBERTURA SECURITÁRIA PARA O CASO CONCRETO, CONFORME RESOLUÇÃO 332/2015, EM SEU ART. 17, §2º. PERCEBA EXA., QUE A PARTE AUTORA NÃO PROMOVEU O PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DO ANO CIVIL DO ACIDENTE, 2014, VEJAMOS:

The screenshot shows a search result for a vehicle with license plate OEW5017 from the year 2011. The results are as follows:

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2013	R\$292,01	Quitado	[link]
2012	R\$279,27	Quitado	[link]
2011	R\$141,72	Quitado	[link]

(*) Motocicleta

Buttons at the bottom: Voltar and Imprimir.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 7 de abril de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104091400487600000039595102>
Número do documento: 2104091400487600000039595102

Num. 41593067 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2015

Carta n°: 7669946

A/C: PAULO DA SILVA SANTOS

Sinistro: 3150742699
Vitima: PAULO DA SILVA SANTOS
Data Acidente: 24/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência

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 ARUANA SEGUROS 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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 315 086 4164

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.

indemnização no banco
EU. Paulo da Silveira Santos

PORTADOR(A) DO RG N° 3864-980

EXPEDIDO POR SSP-PP

EM 17/10/2014

PROFISSÃO Vendedora

E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 () NA QUALIDADE DE BE

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00, NA QUALIDADE DE SE
SE JUBRO REVSTAT DA VITIMA Paulo da Silva Santos

SEGURO DPVAT DA VITIMA *[Signature]* AUTORIZADO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO
DEVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

DEVERÁ EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

¹¹ M. Cestudor, Súcis nº 445/2012, que trata da circunstância de transação do dinheiro no mercado res-

¹⁷) 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.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR;
 - Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
 - Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

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

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

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

FARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com digito, se existir) _____ Nº da CONTA (com digito, se existir) _____

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

~~1975 Pines 17-2 Points 9015 Pauline Silver Santes~~

ATENÇÃO _____ LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 13.500,00 para o proprietário do veículo que não tiver seguro de terceiros.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, a:
0221204.
0-2-001-2015
24/24

Rabektorrente

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104091400489670000039595103>
Número do documento: 2104091400489670000039595103

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 13/08/2015

→ SOLICITACAO INCORRETA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1033 CRUZ DAS ARMAS OPER: 013 CONTA: 158.704-9
PERIODO: 01007015 ATE: 13082015 CPF: 106.485.764-77
NOME: PAULO DA SILVA SANTOS VLR.BLQ.JUD.: 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
03/08/2015	000000 DP DINH AG	0,00000000	15,00 C	15,00 C

F1 AJUDA	SALDO EM 12/08/2015 R\$ 15,00 C
F3 RETORNAR	F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
	F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

104/0000-6

13 AGO. 2015

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Ag. Cabe Branca, 18
0430100-6

ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rafaela Duante

22/04





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1069999 - SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Data/Hora do Acidente (hora local): 24/12/2014 20:50	BR: 230	KM: 28,0
Município/UF: JOAO PESSOA/PB	Tipo de Acidente: Colisão frontal	Sentido da Via:	Decrescente
Fase do dia: Plena noite	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade:	Inexistente
Sinalização existente: Vertical,Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica:	Nublado
Houve danos ao patrimônio da União?	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:	24/12/2014 21:30
Houve solicitação de perícia?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Data e horário do	24/12/2014 22:15
A perícia compareceu ao local do sinistro?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Industrial

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 1,8 Possui defensa? Conservada Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 0,5 Tipo de inclinação: Elevação Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 4 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em ni-vel Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

DOCUMENTO 1 "T1%"



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Rafaela Duarte

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

1/24 Página 1 de 8

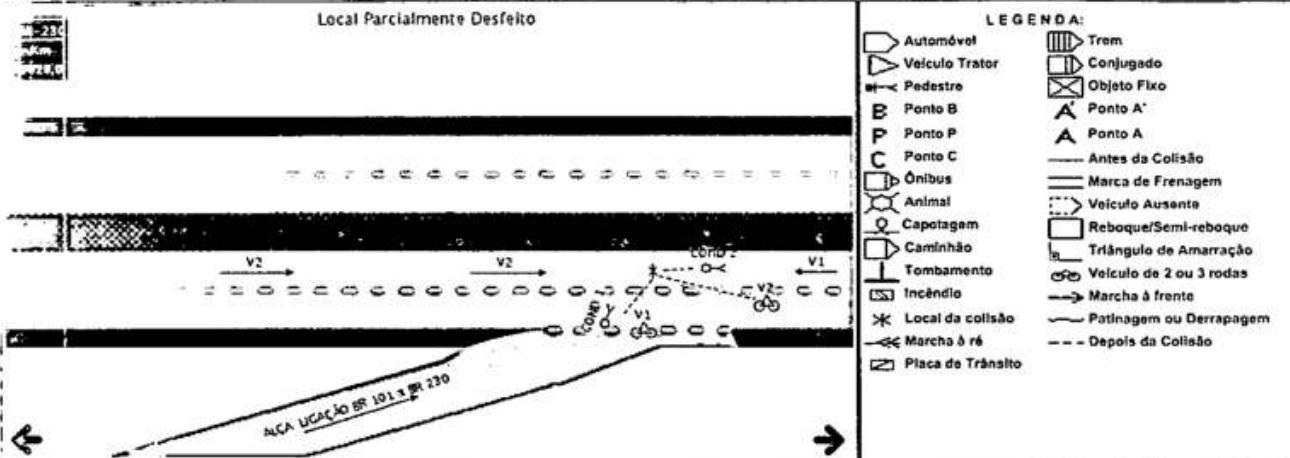




MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

ROQUI



Latitude do Ponto C:

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A':

Referência do Ponto B:

Distância AB (m):

Distância AC (m):

Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

No dia 24/12/2014, às 20h50m, em João Pessoa/PB, nas proximidades do KM 28,0 da BR 230 próximo ao Viaduto do Oliteiro, ocorreu um acidente do tipo: colisão frontal, envolvendo dois veículos (veículos e pavimento) encontrados no local e, ainda, corroborando com a(s) declaração(ões) de populares verificou-se que o condutor do V1, placa NQG 8064/PB, HONDA/POP 100, desobedecendo a sinalização vertical e horizontal, transitou na contramão de direção sobre a faixa de rolamento, colidindo frontalmente com o V2, JTA/SUZUKI EN125 YES SE, de placas OEW 5017/PB, que seguia o fluxo normal de veículos e não obteve êxito em evitar a colisão com o V1. Os veículos deslocavam-se em sentido contrário sobre mesma faixa de rolamento, conforme disposto em croqui.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NQG-8064 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2HB0210BR503809 Renavam: 00332684806
 Marca/Modelo: HONDA/POP100 Cor: PRETA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
 Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
 Proprietário: JOSIVALDO PEREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 090.265.244-39

Endereço:

CEP:

Município/UF: JOAO PESSOA/PB

Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
 Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0

Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Jurtagamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-RS
 Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30 Motivo: Retenção

Responsável pela Recepção: PRF FLAIRTON

Documento do Responsável: XXXXXXXX

Município/UF: BAYEUX/PB

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13

NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 5

2104



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

MOTOCICLETA REMOVIDA PARA O PCC. HOUVE ÓBITO NA

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: DEW-5017 Sequencial: V2 descrição: Chassi: 9CDNF41ZJBM343293 Renavam: 00338722335
Marca/Modelo: JTA/SUZUKI EN125 YES SE Cor: PRETA Ano: 2011 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: PAULO DA SILVA SANTOS CPF/CNPJ: 106.485.764-77
Endereço: CEP: . . .
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUENTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-RS
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso: .

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30 Motivo: Retenção
Responsável pela Recepção: PRF FLAIRTON

Documento do Responsável: XXXXXXXX

Município/UF: BAYEUX/PB Descrição do Encaminhamento: MOTOCICLETA REMOVIDA PARA O PCC. HOUVE ÓBITO NA

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: IV1/NQG-8064

Nome/Apelido: JOSIVALDO PEREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 28/03/1991 Sexo: Masculino Estado Civil: Não informado

Nome do Pai: CARLOS LUIZ PEREIRA DA SILVA

Nome da Mãe: EDILEUSA GONÇALO DA SILVA

Endereço: RUA MANCHETE - NUM. 78

CEP: . . .

Município/UF: JOAO PESSOA/PB Telefones: Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: .

CPF: 109.265.244-39 Documento de Identificação: Orgão Expedidor: .

Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilidado? Sim Categoria CNH: A Registro CNH: 05738692267/PB Primeira Habilitação: 25/03/2013

Validade CNH: 29/06/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: Entregues ao Delegado Sr. ANTONIO ALVARES DE FARIA, naquele momento respondendo pela 4ª Delegacia Distrital de Polícia Civil do Estado da Paraíba

Informações Complementares: A Sra PATRICIA TORRES, matrícula nº 168.428-1, perita do Instituto de Medicina Legal do Estado da Paraíba esteve ao local coletando dados e vestígios.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: DEL 4º DD SR. ANTONIO ALVARES DE FARIA

Documento do Responsável: XXXXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 22:30

Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro

Descrição do PERTENCES ENTREGUES AO DELEGADO SR. ANTONIO ALVARES DE FARIA, NAQUELE MOMENTO RESPONDENDO PELA 4ª

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 8

3/24





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/0EW-5017	Sexo: Masculino	Estado Civil: Não informado	
Nome/Apelido: PAULO DA SILVA SANTOS			
Data de Nascimento: 10/07/1992	Nome do Pai: MANOEL ANTONIO DOS SANTOS		
Nome da Mãe: SEVERINA DA SILVA SANTOS			
Endereço: CONDOMINIO VILLAGE ATLANTICO SUL - NUM. SN		CEP: . -	
Município/UF:	Telefones:	Grau de Instrução: Não informado	
Naturalidade:	Nacionalidade: BRASIL	Ocupação Principal:	
CPF: 10R.485.764-77	Documento de Identificação:	Orgão Expedidor:	
Dirigem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL	Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL		
Estado Físico: Lesões Graves	Socorrido pela PRF? Sim	Usava Cinto? Não Aplicável	Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não	Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado		
Transcrição da Declaração:			

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: A Registro CNH: 5328085049 /PB Primeira Habilitação: 17/10/2011
Validade CNH: 18/08/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: Socorrido pela VTR RESGATE PRF e encaminhado para o Hospital de Traumas.

Informações Complementares: Socorrido pela VTR RESGATE PRF e encaminhado para o Hospital de Traumas.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU	Responsável pela Recepção: PRF BRUNO - VTR RESGATE
Documento do Responsável: XXXXXXXX	Data/Hora da Recepção (hora local): 24/12/2014 21:30
Município/UF: JOAO PESSOA/PB	Motivo: Socorro
Descrição do SOCORRIDO PELA VTR RESGATE PRF PARA HOSPITAL DE TRUMAS	

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 8

4|24





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
 Comunicação: C1825903
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMElhADOS

Veículo:	V1 / HONDA/POP100	Placa:	NQG-8064		
Nome do Agente/Assinatura:	SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT:	83295217		
Registro/Matricula do Agente:	1069999	Data:	24/12/2014 20:50		
Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	A nortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :					15
CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO					
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo					
<input type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta:	até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Dano de Média Monta:	acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.			
<input type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta:	quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.			
Observações:					
Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA. SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)					

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
 NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 8

5/24



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Placa: OEW-5017
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT: 83295217
Registro/Matricula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50 - - -

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X		
9	Pé direito de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alicia traseira	1		X	
12	Ajento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X		
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":		14			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 8

6/24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040914004896700000039595103>

Número do documento: 21040914004896700000039595103

Num. 41593068 - Pág. 9

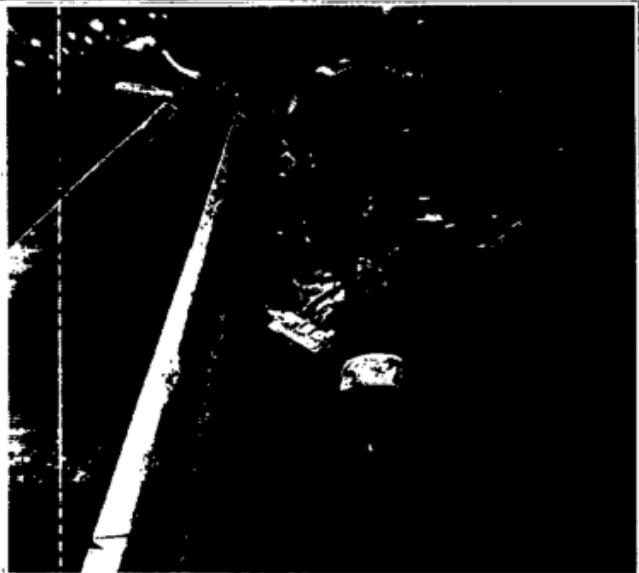


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veiculo: V1 / HONDA/POP100	Placa: NQG-8064
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT: 83295217
Registro/Matricula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.darf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as escavações com auxílio de máquinas e equipamentos.

Página 7 de 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:49
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104091400489670000039595103>
Número do documento: 2104091400489670000039595103

Núm. 41593068 - Pág. 10

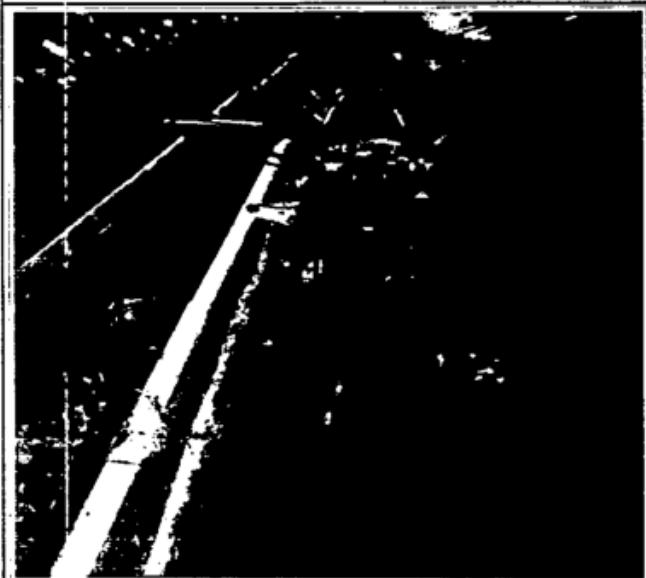


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83295217
Comunicação: C1825908
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Placa: OEW-5017
Nome do Agente/Assinatura: SERGIO RICARDO DE ARRUDA LUNA	Nº BOAT: 83295217
Registro/Matricula do Agente: 1069999	Data: 24/12/2014 20:50



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/09/2015 16:19:13
NÚMERO DE CONTROLE: 82d7f10174d535a0

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 8

8/24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/04/2021 14:00:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040914004896700000039595103>
Número do documento: 21040914004896700000039595103

Num. 41593068 - Pág. 11

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Paulo da Silva Santos, portador da carteira de identidade nº 3864 980 e inscrito no CPF/MF sob o nº 106.485.764-77, residente e domiciliado na Rua Adauto Toledo, Bairro Ernesto Geisel, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DOCUMENTO 2 T2%


Paulo da Silva Santos
Assinatura do
declarante
conforme documento de
identificação

João Pessoa 27/05/2015
Local e data

MARINA SEGUROS

02 OUT 2015

Rapela Duante

9/24





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



PROVA DO ATO

ICP 08.906.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB



Atendendo o requerimento nº 505/234, declaramos para os fins de direitos que constam nos registros sobre protocolo: 579083, o atendimento pré hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente PAULO DA SILVA SANTOS, idade 22 anos, vítima de Acidente Automobilístico (Colisão moto x moto) no dia 24/12/2014, na BR 1230, KM Rodovia 1230, João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 29 de Maio de 2015.

SAME
Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Matr. 67.185-8 - SAMU 192-JP

SAMU 192 JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

DNA SEGUROS

02 OUT 2015

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218-9242; 3218-9125

10/24

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo da Silva Santos,

RG nº 3864.980, data de expedição 17/10/11, Órgão SSP-PB

CPF nº 106.485.764-77, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

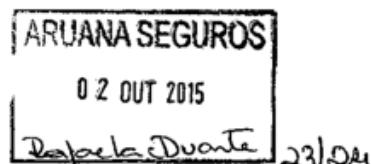


Logradouro	Rua: <u>Adauto Toledo</u>
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>98</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pernambuco Geisel</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58075-260</u>
Telefone	<u>(83)98887-2808 98700-4647 98851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 27/05/2015

Assinatura do Declarante: PAULO DA SILVA SANTOS



3 Pergunto até o vencimento você evita:
- Cobrança de multa de 2% + juros de 1% an mês

TELEFAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.787-6
AV PRES EPITACIO PESSOA,860 - JOAO PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-78

EMISSAO 2 VIA: 10/02/2015

PAG.: 6/6

RILVA DOS SANTOS CABRAL
RUA ADAUTO TOLEDO,98 CA
ERNESTO GEISEL
58075-260 JOAO PESSOA-PB

DATA DE EMISSAO 01/02/2015	TELEFONE/CONTRATO 3234-8133 0 1
CNPJ / CPF 00018187041449	
INSCRICAO ESTADUAL	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR 36
COD. DES. AUTOMATICO 131100483972	57,36
CODIGO DDD 33	VENCIMENTO
	25/02/2015

HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS: 01/15: 89:00 12/14: 111:00 11/14: 55:00
10/14: 62:00 09/14: 73:00 08/14: 123:00

PAG./LIGUEIRA	DATA	DESCRICAO	TEL. ORIGEM	TEL. CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR

ARUANA SEGUROS

02 OUT 2015

Repete Doante

24/04



DOCUMENTO 4



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

LAUDO MÉDICO

CBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 803049 e PRONTUÁRIO nº 85232

PACIENTE: PAULO DA SILVA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 10.07.92

Data e Hora do Atendimento: 24.12.14

Horário: 21:47h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE leve, traumatismo torácico e trauma complexo no pé direito. Atendido pelo Dr. Petrúcio A. Sarmento CRM 7105, Dr. Heisenberg M. Almeida CRM 5229, Dr. Ricardo Carvalho CRM 6628, Dr. Rômulo Soares de Castro CRM 2833.

DIAGNÓSTICO INICIAL: POLITRAUMATISMO + TRAUMATISMO INTRACRANIANO LEVE + TRAUMATISMO TORÁCICO + HEMOPNEUMOTORAX + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 2º e 5º PODODÁCTILO DIREITO CID 10 S 06 9, S 27 0, S 92 8

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP, Rx da bacia AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou lesões intracranianas, Tomografia computadorizada da coluna cervical, tratamento cirúrgico com toracotomia com drenagem fechada à direita, regularização do coto de amputação do 2º e 5º pododáctilo direito.

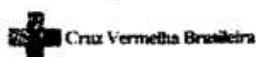
ALTA HOSPITALAR: 19.02.15

Data da Emissão: 27.05.16

Dr. Glénder Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-8/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ARUANA SEGUROS
02 OUT 2015
Rafaela Duarte
55/24



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Jóco Pessoa - Paraíba - Cep: 55031-090 - CNES: 2593262 - Fone: (+83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 803049

Identificação do paciente

ID 824596	Nome PAULO DA SILVA SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/07/1992	Idade 22 anos 5 meses 14 dias	Estado civil OUTROS	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe SEVERINA DA SILVA SANTOS				Pai ANOEL ANTONIO DOS SANTOS
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 81	Fone Móvel 88-9-2392	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3864980	Nº Crns		
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58085000	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Cruz das Armas - até 220: 2203
Número SN	Complemento	Bairro Cruz das Armas

Admissão

Data e Hora Prevista 24/12/2014 21:47:14	Número da pulseira 310513	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte RESCATE - PRF	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Tempo Temperatura
TOMOGRAFIA	
TC TORAX STC	

Exames complementares	
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor []	
Dados clínicos	
ECG [] Ultrassonografia []	
DATA: 05/12/15	

Diagnóstico
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO
02/03/15

24/12/14 NOR	02/03/15	25/12
--------------	----------	-------

30/12/14 / 02/03/15	02/03/15
---------------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

24/12/14 NOR	02/03/15
--------------	----------

Viu a sua dia após ter feito seu m.
em Tapur e fico por 14d la baseia
este manequim, foi interna em UTI. Foi
levado para novo exame que não deu
resão em re de exame. Foi para o hospital

a divisa **Lado Médico / Resumo de Alta**

**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

D. Acompanhamento pelo posto de saúde

Fisioterapia

Nome:		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	20/12/17		Data da alta:	27/12/17	
Material: sim () não ()					
Diagnóstico inicial: 1.1.1.3 Traumatismo lft. v pds					
Diagnóstico final: óbito () Guido () Curado ()					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe: Orientações Pós Alta					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações, retorno à vida útil para revisão.					
<p>história evolução, terapêutica, complicações, retorno à vida útil para revisão.</p> <p>retorno às atividades com esforço físico leve, dias e com maior em, dias.</p> <p>retorno às atividades sem esforço físico em, dias.</p> <p>Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.</p>					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em 11/01 para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: 16 de 01 de 18 Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

Dra Nara Gaspim
CRM-PB-0329
Clínica Médica Endocrinologia





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHI

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Policia		
TIPO DE ACIDENTE: <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros		
TIPO DE LESÃO: <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Ocupadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros		
LOCAL DA LESÃO: <input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros		
DADOS CLÍNICOS (sintomas)		
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /		
SÍNTESE		
Sistema Neurológico:	PA: / mmhg	P: / bpm SpO ₂ : % Tax: /
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	
Ativação das pupilas:	Simétricas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Miosis	
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Guras	
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: <input type="checkbox"/> Rrigidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal	
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Distria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Feliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros	
RISCO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias	
Internações <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Especificar:		
DEMILOCIAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:		
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Nô		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		
<p><i>Pc. Vitime de acidente de moto entubado Avaleia e encaminhado ao CUF, +01 vez encaminhado ao Rix e Risco</i></p>		
ESTINO:	ENFERMEIRO: <i>[Assinatura]</i>	COREM:
F(NG).ENF.022-1		

14/24



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

IDADE:	DATA:
--------	-------

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de moto, bateu no chão entubado, c/ TCE febre, q

SÍNTESE PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS Pérvias Obstruídas (**INTUBADO**)

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

FAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

ESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

DISCUTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

TD	HTD	HTE	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal
			<input type="checkbox"/> Rude
			<input type="checkbox"/> Diminuído

2. RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTD	HTE	Roncos	Roncos
			Sibilos	Sibilos

Não

20 imp SaO₂ %

DEFÍCIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotoreagente

Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença mm)

F. cala de Glasgow:

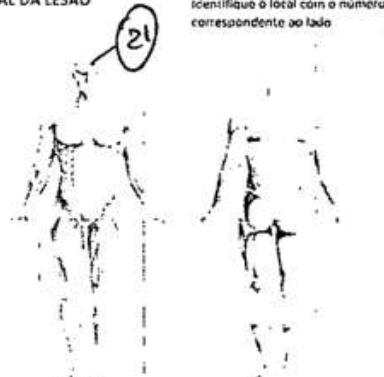
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esportânea	4	Consciente / <input checked="" type="checkbox"/> Inapropriadas, sem sentido social, fixa e segue objetos	SEPAR	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
À continúo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)	3
		Nenhuma / Nephuma (<input checked="" type="checkbox"/>)	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	05(T)			Nenhuma	1

F(NG).CC CO1-1

15124

EXAME SECUNDÁRIO

ALÉRGIA: Não Sim:
 MEDICAMENTOS: Não Sim:
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim:
 PATOLOGIA: Não Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim:

LOCAL DA LESÃO


Identifique o local com o número correspondente ao lado

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

OBS.:

20?

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografia
 Ultrassonografia (FAST)
 Tomografia computadorizada
- Lavado peritoneal
 Gavometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1. Atendimento		Rodrigo Almeida Monteiro Ortopedia CRM 6067
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR Torso às _____ do dia _____
 Solicito parecer da NCR Torso às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____ DATA: _____
 SAÍDA: _____ HORAS: _____

Centro cirúrgico Transferencia (unidade de saúde) _____
 Internado (setor) _____
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revália Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSINATURA/CARIMBO

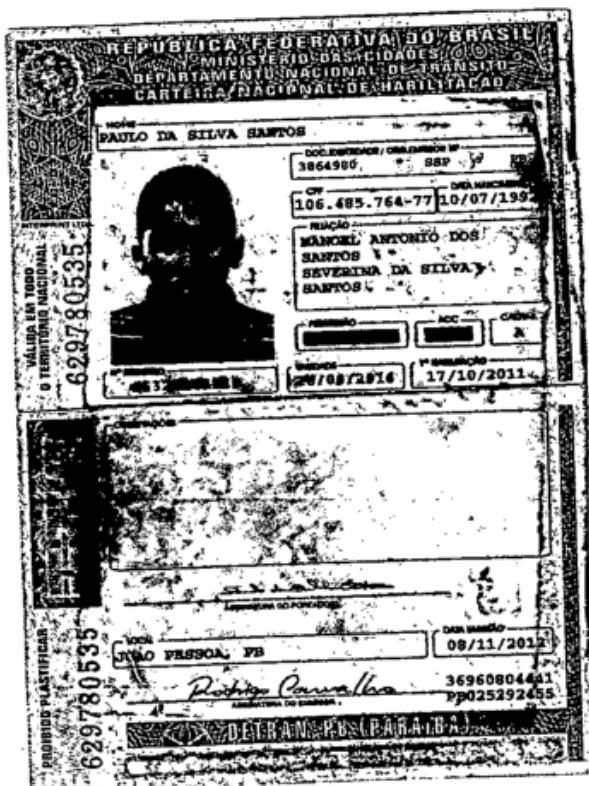
ASSIN.

ATESTADO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

16/24

DOCUMENTO 5 "T5%"



A SEGUROS

02 OUT 2015

17/24

Rafaela Dantas





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **106.485.764-77**

Nome da Pessoa Física: **PAULO DA SILVA SANTOS**

Data de Nascimento: **10/07/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/05/2010**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:02:01**: do dia **02/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9B38.0886.0CC9.AA33**

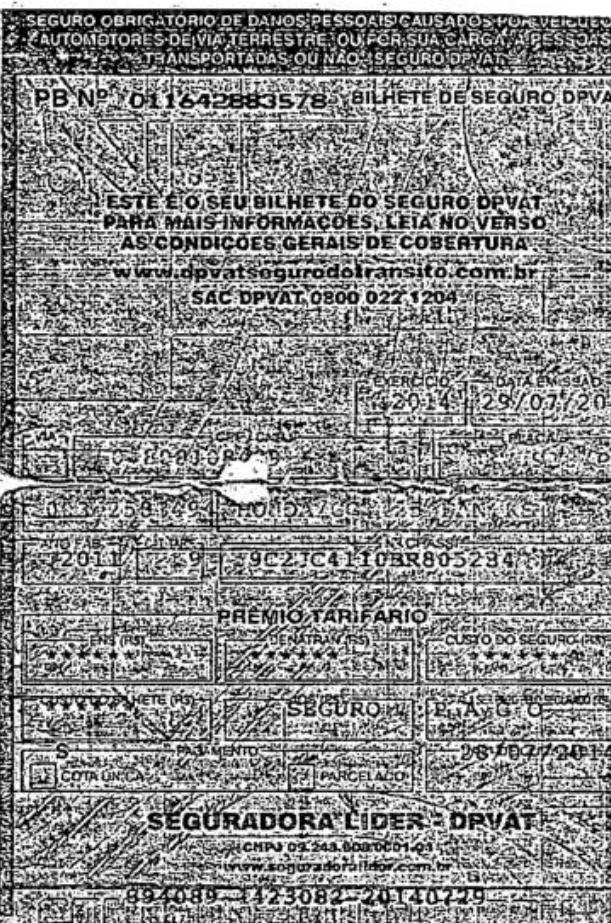
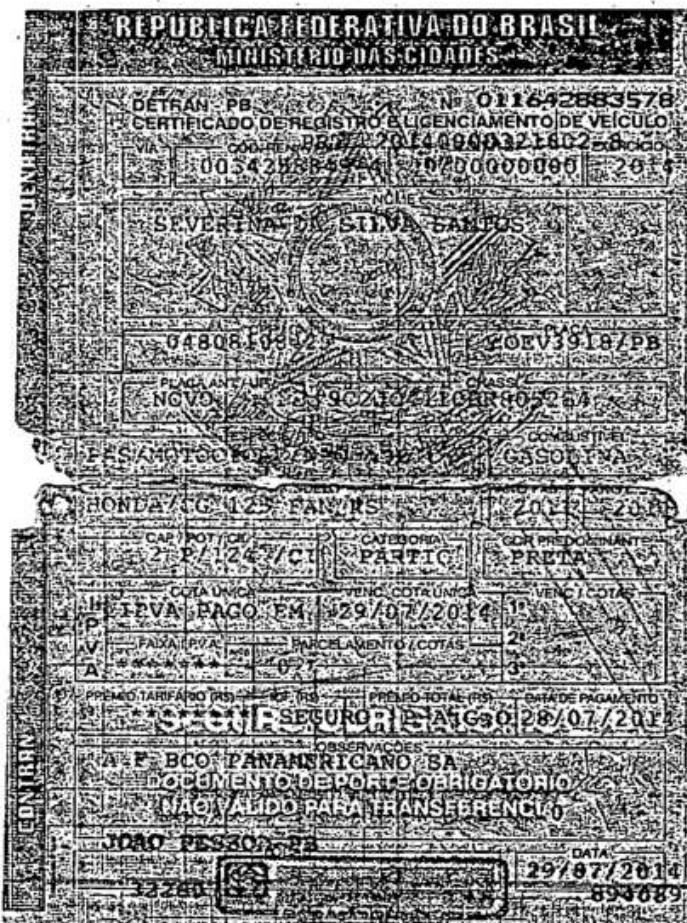
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

18/10
02/10/2015 10:02





DOCUMENTO 6 - T6% -

ARIJANA SEGUROS

92 OUT 2015

Raboteau, Duante

19/24



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo da Silva Santos, brasileiro(a),
 estado civil Sócio, profissão Vendedor, RG nº
2618619, CPF/MF nº 106.485.764-77 residente e domiciliado(a)
 à Rua Adauto Toledo, 98 - Ernesto Góes, Cidade de
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:
58075-060, telefone (83) 98700-4647, 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.

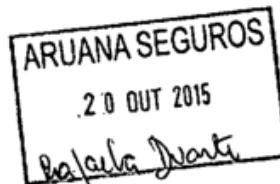
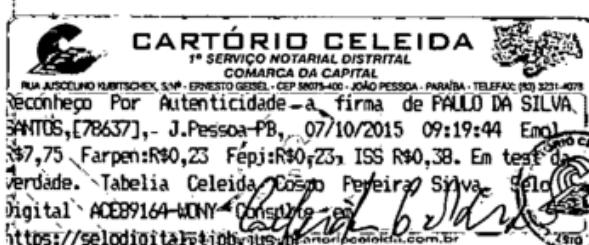
PODERES: O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:
 Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização
 por invalidez permanente/Morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de
 Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de 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 07 de 10 de 2015



Paulo da Silva Santos
OUTORGANTE



20/24