



Número: **0800081-36.2021.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **19/01/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IDELETONIO RAMOS DE LIMA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39086 627	04/02/2021 11:19	<u>2782258_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180151791**
Vitima: **IDELTONIO RAMOS DE LIMA**
Data do Acidente: **16/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180151791**.

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 12619145



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: IDELTIONIO RAMOS DE LIMA
Nº Sinistro: 3180151791
Vitima: IDELTIONIO RAMOS DE LIMA
Data do Acidente: 16/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180151791**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00593/00594 - carta_03 - INVALIDEZ

0060297


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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.

Carta nº 1271397

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



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IDELTION RAMOS DE LIMA

Nº Sinistro: 3180151791
Vitima: IDELTION RAMOS DE LIMA
Data do Acidente: 16/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180151791**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00715/00716 - carta_04 - INVALIDEZ



00040358

Carta nº 13081156



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:19:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411193341200000037260042>
Número do documento: 21020411193341200000037260042

Num. 39086627 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

017.070.894-26

Nome completo da vítima

Ideltonio Ramos de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Ideltonio Ramos de Lima	017.070.894-26	Agricultor	
Endereço	Número	Complemento	
Sítio Fagosa	5/N	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Área rural	São José de Caiana	PB	58.784-000
Email	Telefone (DDD)		
sertao.assessoria@hotmail.com	83 999471520/996978811		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2176 D/V 8 CONTA NRO. 34435 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na rede de agências e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

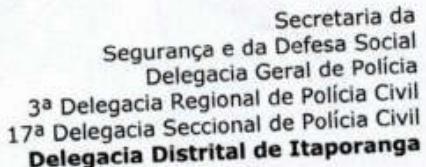
Itaporanga 22 de Janeiro de 2018.
Local e Data

Ideltonio Ramos de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0051/2018
ACIDENTE DE TRANSITO

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data de fato: **16/01/2018** hora: **17:30 HORAS**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE**
Data do fato: **16/01/2018** hora: **17:30 HORAS**

Data do fato: 16/01/2018 hora: 21:00
Local do fato: São José de Caiana-PB
Sob responsabilidade da Autoridade Policial: Darcinaura Alves de
Assis.

Notificante: IDELTONIO RAMOS DE LIMA, alcunha "xx", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Conceição-PB, idade: xx anos, nascido em 02/06/1992, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental, documento: RG 57364309 SSP/SP, filiação: Antonio Gomes de Lima e de Luiza Bezerra Ramos, endereço: Sítio Lagoa Zona Rural São José de Caiana-PB, referência: xx.

referência: xx.
Vítima: O **NOTIFICANTE**, alcunha "xxx", Nacionalidade:
naturalidade: , idade: anos, nascido em
/ / , cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro,
Profissão: xx, Escolaridade: **, documento: , filiação:
e de , endereço: Rua , referência: **.

HISTORICO DO FATO

e de , endereço. **HISTORICO DO FATO**
O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha para sua casa na cidade de São José de Caiana-PB AI SE COLIDIO COM UM ANIMAL Bezerro que tinha saido de dentro do mato um Bezerro era novo que ficava atravesando de lado para o outro na estrada de terra, que o notificante disse que se levantou e saiu para a sua casa e depois foi para o Hospital de São José de Caiana-PB E FOI TRAZIDO PELO samu DA CIADDE DE Caiana até o Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva em Itaporanga-PB que quebrou sua cavicula, a sua motocicleta era uma HONDA/CG 150 FAN ESDI, gasolina, ano 2010/2011, cor Preta, placa NQK-2587-PB, chassi nº 9C2KC1680BR309380 de propriedade do senhor FRANCISCO GILMARCOS DA SILVA. Nada mais a consignar.
Às 11: 50 horas, Itaporanga, 22 e Janeiro de 2018.

a consignar.
As 11: 50 horas, Itaporanga, 22 e Janeiro de 2018.

~~§ 1º do art. 1º da Lei nº 10.264/2001~~ ~~§ 1º do art. 1º da Lei nº 10.264/2001~~

policial responsável pelo registro:

Sergio Luiz de Souza



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Ideltonio Rondon de Lima</i>	017.070.894-26	<i>16/01/2018</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>sexta.assessoria@hotmail.com</i>	<i>83) 999471520/99697881</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Itaperanga, 22 de Janeiro de 2018.
Local e Data

83 ABR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

I. Ideltonio Rondon de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAU.001 V001/2017



JOSE VINCENTE DE ARAUJO
SIT LAJOA, S/N - LARCA RURAL
SAO JOSE DE CAAMA/PE CEP: 59784200 (AG: 154)

Emissao 30/11/2017 Referencia: nov/17

Classe/Subs: RURAL / RURAL RESIDENCIAL_MONOFASICO 0200, Km25 - Credito Restante: Jefi Peccari PE-CRF58671-000
Rotenv: 15-180-959-1840 Np medidor: 000098522158

ENERGISA PARA BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

214-29-395-1837/2001-40 Inter Ed: 18.015.0234

Natura Fiscal/Conta de Energia Energisa nº 001 401 737

Cod. para Dth. Automatizadas: 00005910153

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	30/11/2017	29/12/2017	21866090453 INC EMT

UC (Unidade Consumidora):

5/591015-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO

A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL DO POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 20/11/2017, PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COMUM (O COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL SE HOUVER. EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PE.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1281.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data	Leritura	Data	Leritura						
30/10/17	6626	30/11/17	6643						
Demonstrativo									
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base/Custo	Alta Tensão/RFI	Base/Custo	Preço	Desconto		
0001 Consumidor Unid.	116.680,00	0,374380	34,12	0,00	0	0,00	44,14	0,59	2,70
0002 Adc. B Vermelha	0,21	0,00	0	0,00	0	0,00	0,21	0,00	0,00
0010 Subsídio	18,91	0,00	0	0,00	0	0,00	18,91	0,25	1,16
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0004 JUROS DE MORA 09/2017	0,20	0,00	0	0,00	0	0,00	0,20	0,00	0,00
0005 MULTA 09/2017	0,59	0,00	0	0,00	0	0,00	0,59	0,00	0,00
0006 Devolução Subsídio	-17,51	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 52,70 0,00 5,62 49,48 0,00 4,24

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

184

07/12/2017

R\$ 52,70

Histórico de Consumo (kWh)

120 177 88 74 42 151 231 262 214 207 215 120/18

RESERVADO AO F. 100

15d3 ae0f b402 ba67 2d54 81c1 386b b72a

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do Consumo
DI/MENSAL	1,94	0,00	Descrição
DI/TRA ESTRAL	22,00	NOMINAL	Valor (R\$)
DI/TRA ESTRAL	47,72	220	Descrição de Ctl de Energia R\$
DI/TRA ESTRAL	7,95	0,00	Consumo de Energia R\$
DI/TRA ESTRAL	15,70	CONTRATADA	Consumo de Energia e Demais R\$
DI/TRA ESTRAL	91,48	LIMITE SUPERIOR	Consumo de Energia e Demais R\$
DI/TRA ESTRAL	8,59	0,00	Total
DI/TRA ESTRAL	16,00	0,00	52,70 100,00

Informações: 081 3210-1500 | 081 3210-1538

ATENÇÃO

Facturas em atraso

Faturas em atraso

03 ABR. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPRESECUR - REINDECO

R\$ 1.000,00



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CANA, 55 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 58780000 (AG: 154)

Emissão: 09/02/2018 Referência: Fev / 2018
Classe/Subsí: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br200, Km 25 - Chico Rei/Itap., João Pessoa / PB - CEP: 58010071-800
Rotero: 7 - 154 - 25 - 3880 N° medidor: 00000216834

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Vargas, 290, Km 25 - Chico Rei/Itap., João Pessoa / PB - CEP: 58010071-800
CNPJ:00-205-1831-001-40 Irc: Est. 16-015-823-0

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica N°/01 867 556
Cód. para Bch. Automática: 00000216834

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não armique e faça sozinho. De um bimestre de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	
Data	Lectura	Data	Lectura		
12/01/18	9894	09/02/18	9988	78	26

Demonstrativo

Cor	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Custo	Alta	Conjunto	Base Custo	Preço R\$	Convenção	
0801	Consumo em kWh	75.900	0,720330	54,01	54,01	26	12,80	54,01	0,62	2,80
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			8,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 01/2018			0,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

1/CONFERENCIA DE RESIDENCIA
03 ABR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF 039.247.064-109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ideltonio Rameis de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894-126 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ideltonio Rameis de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.070.894-126, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>58</u>	<u>casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rentas.assessoria@hotmail.com</u>	<u>831999477520</u>	<u>831996978811</u>

Hiperanga 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

x Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

1.º CIRCUITO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
03 ABR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Francisco Gilmarcos da Silva,
RG nº 3.831.048-29, data de expedição 20/02/2013, órgão SSEDS/PB
Portador do CPF nº 092.979.354-43, com domicílio na cidade de
João José de Caiara, Estado de Paraíba, Onde resido
na (Rua/Avenida/Estrada) Rua 101, Condado
_____, nº 511, complemento área rural, declaro, sob
as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a

Vítima: Ideltonio Lemos de Lima

cujo condutor era: o mesmo

Veículo: Moto

Modelo: Prendalet G 150 Fan ESDI

Ano: 2010/2011

Placa: NQK 2587/PB

Chassi: 9C2KC168DBR309380

Data do Acidente: 16/01/2018

Local e Data: Itaporanga/PB, 01/03/2018

Assinatura do Proprietário: Francisco Gilmarcos da Silva

Assinatura do Convidado:

CARTÓRIO JOSE BARROS SORINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
Av. SÉRGIO MAMARIBA, 11 - CENTRO, ITAPORANGA/PB - CEP: 58300-000
Fone: (83) 3222-1111

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de FRANCISCO GILMAROS DA SILVA.

ITAPORANGA/PB, 1 de março de 2018.
Em test^o Medoço da verdade

M^o do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AGN26331-ZQHP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>



clamante do

Assinatura do Convidado (caso seja um testemunha que não é vítima/sinistro)



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Num. 39086627 - Pág. 12

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:19:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411193341200000037260042>
Número do documento: 21020411193341200000037260042



Roxo 5

 SUS	ESTADO DA PARAÍBA  SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)																																																												
<small>UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)</small>																																																													
NOME: <u>HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA</u> CÓDIGO DA UNIDADE: <u>2341204</u> CNPJ: <u>08.778.268/0018-09</u> ENDEREÇO: <u>AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO</u> BAIRRO: <u>CENTRO</u> CEP: <u>58.780-000</u> MUNICÍPIO: <u>ITAPIORANGA</u> ESTADO: <u>PARAÍBA</u> UF: <u>PB</u>																																																													
<small>PACIENTE</small>																																																													
NOME: <u>Helton Romez de Loura</u> IDADE: <u>25 anos</u> PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ UF: _____ CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____ DATA DO NASCIMENTO: <u>/ /</u> DATA DO ATENDIMENTO: <u>16/01/18</u> CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: _____																																																													
<small>DADOS CLÍNICOS:</small>																																																													
<small>MATERIAL A EXAMINAR:</small>																																																													
EXAMES SOLICITADOS: <u>Ex clínica</u> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																													
CID - 10: <u> </u>																																																													
<small>PROFISSIONAL</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">CBO</td> <td style="width: 30%;">CNS</td> <td style="width: 40%;">CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:</td> </tr> </table>		CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:																																																									
CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:																																																											
ASSINATURA DO PACIENTE: <u> </u> OU POLEGAR DIREITO: <u> </u>																																																													
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO <u> </u> ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO <u> </u>																																																													

COMPRA SEU PROTOCOLO
03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Dr. Philippe Figueiredo
CRM - 10513 PB
Clínica Geral



RELATÓRIO MÉDICO

O paciente Toledano Sáto de Mello
foi visto no ambiente de pronto atendimento
de júnho de 2018, com sintomas febris em
clínico doméstico. Foi instabilizado em
erros por sessenta dias. No exame físico diminuiu
em abusos em sono direto, fico duas ou
três de 2018

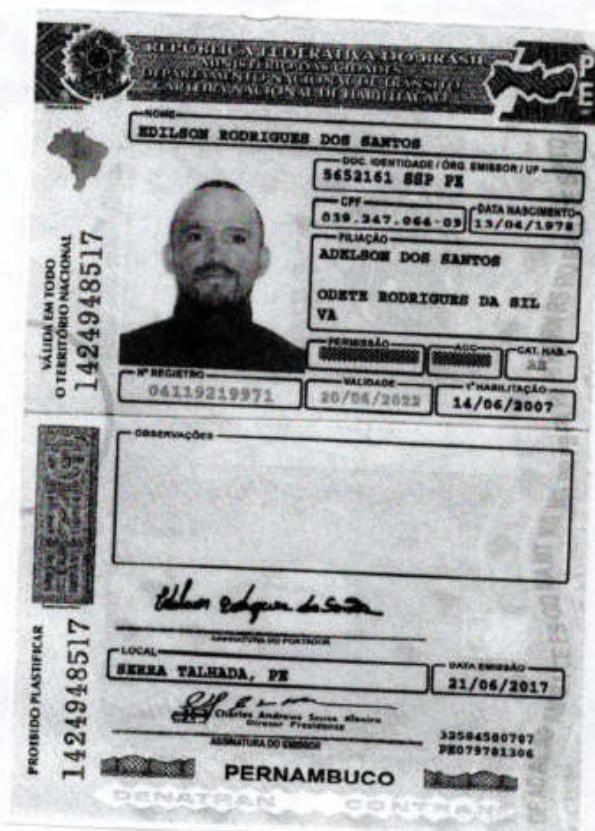
Itaporanga, 29/06/18

Philippe W.S de Figueiredo
CRM MEDICO PB 10513

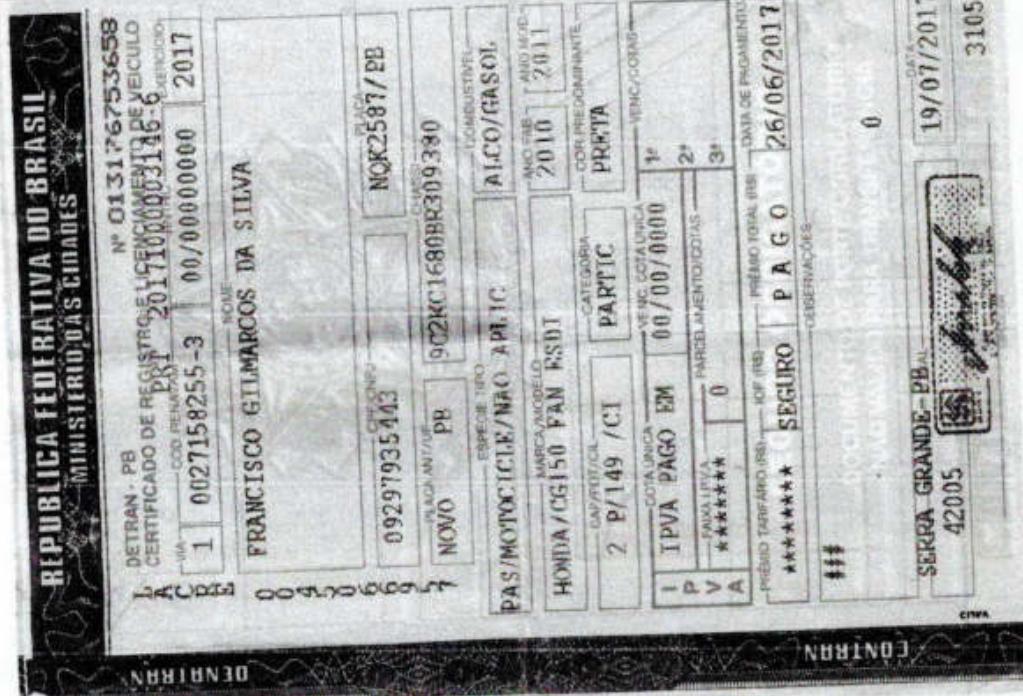
Dr. Philippe Figueiredo
CRM 10513 - PB







03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COM PREVÊ-SE A FOLHA DE REVISÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	
DETAN - PB	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
Nº 013176753653	
DATA: 2017-06-03	
CÓD. FABRICANTE: 001	
CÓD. MODELO: 000000000000	
CÓD. ANO: 2017	
CÓD. PLACA: 0021758255-3	
CÓD. CHASSIS: 1	

FRANCISCO GILMARCOES DA SILVA		NOR2587 / PB	
0929793543		902KC1680BR309380	
PLACA/ANOME	PB	ESPECIE TIPO	ALCO/GASOL.
NOVO		MARCA/Modelo	ANO FAB. AND. MFD.
		HONDA / CG150 FAN ES/DT	2010 2011
EMPRESA/CIA		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /C/I		PARTIC.	PRET/A
TPVA PAGO EM		VENC. COLETANIA	VENC. CORRIDA
*****		00/00/0000	1º 2º 3º
FAVA L/VA		PARCELAMENTO/DO/AS	DATA DE PAGAMENTO
*****		0	
PAGAMENTO TANDEM/IS/AM		DATA PAG.	DATA DE PAGAMENTO
A		*****	26/06/2017
*****		SEGURO	PAG O
		OBSERVAÇÕES	
		0	
		19/07/2017	
		SERIA GRANDE- PB	
		42005	
		3105	

1 COMPREVE CÓPIA DE RETIRADA 81
03 ABR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:19:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102041119334120000037260042>
Número do documento: 2102041119334120000037260042

Num. 39086627 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDELTIONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ENCAMINHAR O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA, FOLHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO E DE CONTROLE COM A RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO E SUMÁRIO DE ALTA. EM CASO DE CIRURGIA, ENCAMINHAR FOLHAS DE SALA DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151791 **Cidade:** São José de Caiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IDELTIONIO RAMOS DE LIMA **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

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 %

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:19:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411193341200000037260042>
Número do documento: 21020411193341200000037260042

Num. 39086627 - Pág. 20

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: Ideltonio Ramos de Lima
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 57.364.309 / CPF: 017.070.894-26
Endereço: Sítio Fagao, S/N, área rural, São José de Caiana/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.0684-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Ideltonio Ramos de Lima

Local e data: Itaporanga/PB, 01/maio/2018.

X Ideltonio Ramos de Lima.

 CARTÓRIO JOSE BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E FEDERALISMO. 1º OFÍCIO DE NOTAS
R. JOSÉ MARIA, 31 - CENTRO - ITAPORANGA/PB - CEP: 58300-000

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de IDELTONIO RAMOS DE LIMA
ITAPORANGA/PB, 1 de maio de 2018.

Em test^o Costa Barros "da verdade
M^o do Socorro Costa Barros (Tab. Substituto)

Selo Digital - AGN26330-GATP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>



AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
DE
NOTAS
ITAPORANGA/PB

03 ABR. 2018

COMPREENSÃO E REVISÃO

