



Número: **0801500-69.2020.8.15.0941**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.262,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA (AUTOR)	LAMARCK LEITE DE SOUSA (ADVOGADO) BRUNO MOTA LUCENA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71149 780	30/03/2023 10:07	Petição	Petição
71149 781	30/03/2023 10:07	2881670_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
71149 782	30/03/2023 10:07	2881670_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta nº: 8775504

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271
Vitima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00047/00048 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2016

Carta nº: 8821641

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271
Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01113/01114 - carta_02

00060557





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2016

Carta nº: 8929537

A/C: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Sinistro: 3160154271 ASL-0112234/16
Vitima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃŁ, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001026

Conta: 0000016168-0

Tipo: CONTA POUPANÇÁ

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau máximo 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00541/00542 - carta_15R



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA** Sinistro: **3160154271** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **PROJETADA, S/N - AÇUDE - Juru - PB - CEP 58750-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3211684**

Data local do exame: [**14/03/2016**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de rádio esquerdo e luxação de ulna esquerda. A vítima refere dor no antebraço esquerdo. Apresenta diminuição da força muscular no referido antebraço, edema no local fraturado e limitação da flexão do punho.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossintese do rádio com placas e parafusos. No punho esquerdo redução de luxação em ulna esquerda e fixação com pino. Evoluiu com limitação funcional no MSE. Encontra-se em alta do tratamento.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160154271 **Cidade:** Juru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA **Data do acidente:** 01/01/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160154271 **Cidade:** Juru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIRA **Data do acidente:** 01/01/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio esquerdo e luxação de ulna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: A vítima refere dor no antebraço esquerdo. Apresenta diminuição da força muscular no referido antebraço, edema no local fraturado e limitação da flexão do punho.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, osteossíntese do rádio com placas e parafusos. No punho esquerdo redução de luxação em ulna esquerda e fixação com pino. Evoluiu com limitação funcional no MSE. Encontra-se em alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

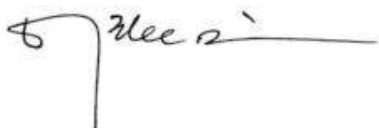
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marcio Batista Ramalho de Brito EM 22/10/2013
PORTADORA DO RG Nº 3.211.684 EXPEDIDO POR SSBS/PA PROFISSÃO/VI instituidor
CPF 0394450403 / CNPJ _____ E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA UMA VIDA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2011, 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 taxa de renda mensal.

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

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

• Contas **não pertencentes à vítima/beneficiários**.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

01 MAR. 2016

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 1020 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16168-0

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

Seu - PB, 21 de 01 de 2016 Marcio Batista Ramalho de Brito

LOCAL E DATA

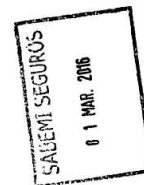
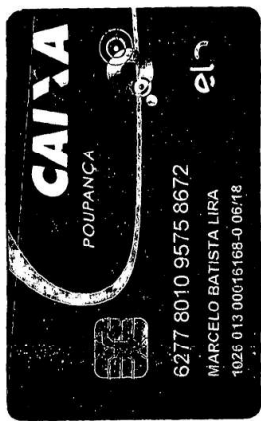
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) beneficiário(s) obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da seqüela e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ÁGUA BRANCA/PB



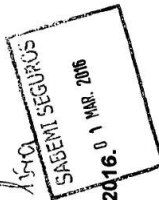
BOLETIM DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 02/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 11 dias do mês Janeiro de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o BEL. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 09h26min, compareceu o senhor: Marcelo Batista Ramalho de Lira, brasileiro, agricultor, alfabetizado, com 27 anos, nascido aos 07/02/1989, Juru/PB, filho do Senhor José Ferreira de Lira e da Senhora Luitza Batista Ramalho de Lira, residente na Rua Rui Torres Ramos, S/Nº, Bairro Açude, Juru/PB, RG 3211684-2ª Via, CPF Nº 083944504-07. Notificando que: afirma que no dia 01/01/2016, por volta das 02h00min, conduzia uma moto nas proximidades de Tavares, quando dois jumentos apareceram de repente na pista, que tentou desviar, mas que não conseguiu, que acertou em um dos animais e que logo depois caiu e o braço estava quebrado e com escoriações pelo corpo, que foi socorrido por terceiros sendo conduzido para o Hospital de Princesa Isabel, que foi feito os primeiros atendimentos e encaminhado para o Hospital Regional de Patos, que estava consciente, que não havia tomado bebida alcoólica, que conduzia um a moto Honda/NXR 125 BROS ES ANO FAB/MOD 2003/2004 DECOR BRANCA, PLACA KHZ 5373, CHASSI Nº 9C2JD20204R015738, EM NOME de DANIEL RAMALHO DE LYRA.

Era o que continha o teor da presente ocorrência. Eu, Escritário de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE: *Morcelo Batista Ramalho de Lira*



Juru/PB, 12 de Janeiro de 2016.

Ciro Ferraz Pereira.

Mat. 102.412-1



OFÍCIO DE NOTÍCIAS
ALDO FERREIRA
PROFESSOR DE DIREITO CONSTITUCIONAL
NÚMERO INSCRIÇÃO: 10.497.000
RUA DE SANTA ANTONIA, 44, 15050-000
(2016-00333) EMBL: 318 2.12 FARRERES 0,25 FERREIRA 4,44 (63) 3421-8630



Autentico a presente cópia, reproduzo fiel do original que me foi apresentado. Este testemunho da verdade.
Data: 16/02/2016 10:49:00
Delegacia de Polícia de Santa Antônia - Labelino Substituído
(2016-00333) EMBL: 318 2.12 FARRERES 0,25 FERREIRA 4,44 (63) 3421-8630
SELO DIGITAL: 443E239A-F309
Confira a autenticidade em <https://sigadigital.34ps.jus.br>





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcelo Batista Ramalho de Sousa portador da carteira de identidade nº 3.211.684 e inscrito no CPF/MPF sob o nº 083.944.504-07 residente e domiciliado na Rua Projéctada, s/n - Acude cidade Jazeu Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

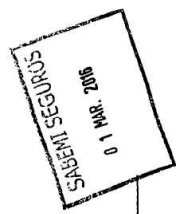
- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

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

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

Marcelo Batista Ramalho de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Jazeu - PE, 24/01/2023

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Marcile Batista Remalho de Lima,
RG nº 3.211.684, data de expedição 22/10/2013, Órgão SSDS/PB,
CPF nº 083.944.504-04, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

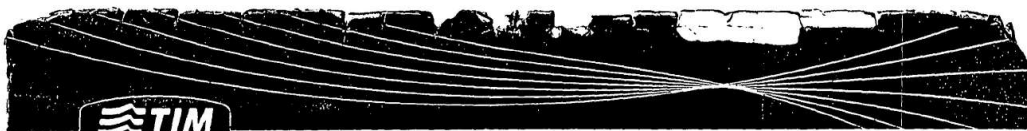
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projatada</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Aquide</u>
Cidade	<u>Sumé</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58150000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3421-8003 (83) 9655-9484 (87) 9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sumé - PB, 21/01/2016



Assinatura do Declarante: Marcile Batista Remalho de Lima






Você, sem fronteiras.

CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80



 CTC RECIFE PE JPA PL10
 EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02984808- 11
 R TITICO GOMES, 405
 BELA VISTA
 58704-460 - PATOS - PB


 7214049716 12856 0000 006655 30 220715



SAFEMI SEGUROS
01 MAR 2016



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V DE S. ARAUJO, portador(a) do

RG nº 4672305, expedido por SSP-PE em

04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01

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

Barbosa Carvalho de Lima

da vítima Marcelle Barbosa Carvalho de Lima, e conforme

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

Profissão: EMPRESÁRIA Renda Mensal: R\$ 3.000,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE
PROFISSÃO E RENDA

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



[Handwritten Signature]

[Handwritten mark]





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIEL RAMALHO DE LIMA,
 RG nº 329 243 8, data de expedição 06/12/2004
 Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 051.890.024-63, com
 domicílio na cidade de JUJU, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUY. TORRES RAMOS, nº S/Nº,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA cujo o condutor era
MARCELO BATISTA RAMALHO DE LIMA.
 Veículo: MOTO ELEITA
 Modelo: HONDA NXR 125 BROS ES
 Ano: 2003/2004
 Placa: KKZ 5373
 Chassi: 9C2JZ20204K015728
 Data do Acidente: 01/01/2016
 Local e Data: apoi/2016 na BR 306

Daniel Ramalho de Lima
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Marcelo Batista Ramalho de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO ROCHA
 Cartório Único de Notas e do Registro Civil de Juiz-PE
 Autenticado(a) (firmado) autenticado(a) de: Daniel Ramalho de
 Lima, deus-ff.
 Juiz, do de janeiro de 2.016
 Pedro Vergado Teixeira Araújo - Tabelião Substituto
 SELO DIGITAL: ACP55614-NR00 consulte a autenticidade
 em: https://selodigital.tjpb.jus



ARTURIO JUN
 E REGISTRO CIVIL
 JUZU-PAIARA
 CNPJ: 06.293.447/0001-88
 3454 mte@rocha.net





JURU-PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE ISaura PIRES DO CARMO
HOSPITAL MUNICIPAL DE JURU - PB
Av. Dalmo Teixeira, 386 - Centro - Juru - PB
CNES: 2321572 - CNPJ: 08.888.950/0001-06



AGENCIAMENTO
01 MAR. 2018

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DT/ATENDIMENTO: 01/01/18 TURNO: FOLHA:

PACIENTE

NOME: Marcilio Batista Ramalho de Lima
SEXO: M DT NASCIMENTO: 07/10/1989 IDADE: 26 RG: 3211689
PROFISSÃO: Agente de Saúde CPF: 023.944.504-07
ENDEREÇO: Rua Max Taózes Ramalho
CIDADE: Juru UF: PB CNS: 700401483189040

RAÇA / COR

11 - BRANCA 12 - PRETA 13 - PARDA
 14 - AMARELA 15 - INDÍGENA 16 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

DE VITÍMOS DE ACIDENTE
DE CAROTA APERTADA
FRATURAS FRATO
FRATURAS FRATO
FRATURAS FRATO
FRATURAS FRATO
FRATURAS FRATO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Atendimento - Agente de Saúde
2. Atendimento - Agente de Saúde
3. Atendimento - Agente de Saúde
4. Atendimento - Agente de Saúde

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO
 02 - URGÊNCIA
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

Fraturas CID-10

MEDICAÇÃO

PRESCRITA
 APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO
 INTERNAMENTO
 ÓBITO
 RESIDÊNCIA
 OUTRO HOSPITAL
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

1-
2-
3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) CARIMBO



CNS CBO CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL P. LEGAR DIREITO

Marcilio Batista Ramalho de Lima



Unidade 37748

 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - 24 HORAS PRINCESA ISABEL CNPJ: 09.095.412/0001-27		 UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		MEDICAÇÃO: (X) 01 - PRESCRITA () 02 - APLICADA	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL				PRESCRIÇÃO MÉDICA: <i>Marcelo Batista Ramalho de Lira</i> COREN PB 65496	
MEDICAMENTO/TERAPIA				HORA	
<i>Dipirona 1AMP + AD/EF + Aspirina</i>				<i>02:30</i>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> SECRETARIA DE SAÚDE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO </div>					
NOME: <i>Marcelo Batista Ramalho de Lira</i> SEXO: <i>M</i> IDADE: <i>26 anos</i> DOC: <i>083.944-04.07</i> CNS DO PAC: FONE: (83) DATA DE NASCIMENTO: <i>07.02.1989</i> PROFISSÃO: <i>Analista de Diagn</i> ENDEREÇO RUA: <i>Rua Ray Torres Ramos</i> BAIRRO: <i>Paraisópolis</i> MUNICÍPIO: <i>Stromboli</i> UF: <i>PB</i> DATA DO ATENDIMENTO: <i>01.01.2016</i> HORA: <i>02:14hs</i> NOME DA MÃE: <i>Luzia Batista Ramalho de Lira</i> RECEPCIONISTA: <i>Danielle</i>					
<input type="checkbox"/> 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO 24 HORAS				HORA: _____ : _____ - REAVALIAÇÃO MÉDICA	
QUEIXA PRINCIPAL <i>dor + edema em pulso Esquerdo após trauma (colisão Moto-automóvel)</i>					
HORA: _____ - EVOLUÇÃO MÉDICA - ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO: <i>Ad EF, EGB, consciente e orientado, hidratado, corado, afebril. AR: mu+ em ART S, RA. ACV: RCR em 2F ONF S/S. APD: S/ alteração. pulso F: dor local + t ADN + edema. Escoriação em ATA direito e Joelho direito.</i>					
DIAGNÓSTICO OU HD: CID-10: _____					
ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> ALTA MELHORADA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO: _____ <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPARÊNCIA: <i>transferência</i>					
EXAMES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____ <input type="checkbox"/> USG: _____ <input type="checkbox"/> JECG <input checked="" type="checkbox"/> RX: <i>de pulso Esquerdo</i> <input type="checkbox"/> LABORATÓDIO: _____					
DATA: <i>01/01/16</i> HORA: <i>03:15</i> ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: <i>Marcelo Batista Ramalho de Lira</i> ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: <i>AGUIAR</i>					
OBS: _____					



NOME: Manoel Djalma Bezerra de Lima IDADE: 26 anos DATA: 02 / 03 / 16 HORA: 02:16

CLÍNICO () PEDIÁTRICO () CIRÚRGICO () PSIQUIÁTRICO () GINECO/OBSTÉTRICO

FATORES DE RISCO COMORBIDADES: () HAS () DMID () DMNID () IRCD () IRCND () HEPATOPATIA () CARDIOPATIA () DPOC () CORONARIANO () MCP

() EPILEPSIA () TABAGISMO () ALCOOLISMO () ALERGIAS: — () IMUNOSSUPRESSÃO () TRANSPLANTADO:

() MEDICAMENTOS:

SINAIS VITAIS: P: _____ BPM PA: X mmHg. FR: _____ R/M. T: _____ SpO2: _____ % GLICEMIA: _____ DOR: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

CONSCIENTE () ORIENTADO () DESORIENTADO () INCONSCIENTE () TORPOROSO () COMATOSO: _____ () AGITAÇÃO PSICOMOTORA () AGRESSIVIDADE

AVALIAÇÃO DA QUEIXA:

QUEIXA NEUROLÓGICA: () CEFALÉIA () ALTERAÇÃO DA MARCHA () CONVULSÃO () RNC () TONTURAS () DESMAIOS () DISTÚRBIOS VISUAIS

() PARESIA _____ () PLEGIA _____ () PARESTESIA _____ () NISTAGMO () OUTRAS: _____

QUEIXA RESPIRATÓRIA: () TOSSE PRODUTIVA () TOSSE SECA () RESFRIADO () CORIZA () IRPA () FEBRE () DOR DE GARGANTA () HEMOPTISE () EPISTAXE

() ROUQUIDÃO () CORPO ESTRANHO () OUTRAS: _____

QUEIXA CARDIOVASCULAR: () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ARRITMIA () DOR TORÁCICA. INÍCIO: _____ QUANTIDADE: _____ QUALIDADE: _____

ALÍVIO: _____ () EDEMA DE EXTREMIDADES () SUDORESE () PALÍDEZ () SINCPE () PICO HIPERTENSIVO () CRISE HIPERTENSIVA () HIPOTENSÃO () DISPNEIA

QUEIXA GASTROINTESTINAL: () DOR. LOCALIZAÇÃO: _____ QUANTIDADE: _____ DURAÇÃO: _____ () GESTANTE () IDADE FÉRTIL () FEBRE () VÔMITOS

() SANGRAMENTO VAGINAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () HEMATÊMESE () ENTERORRAGIA () INTOXICAÇÃO EXÓGENA: _____

QUEIXA URINÁRIA: () DISÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA () HEMATÚRIA () PIÚRIA () FEBRE () DOR PÉLVICA () DOR ABDOMINAL () OUTRA: _____

TRAUMATOLOGIA: () FERIMENTO: _____ () FRATURA: _____ () MORDIDA DE ANIMAL () ANIMAL PEÇONHENTO () AFOGAMENTO. GRAU: _____

() QUEIMADURA. ASCO: _____ () FAB: _____ () FAF: _____ () QUEDA: _____ () TCE () TRM () TRAUMA DE TÓRAX () TRAUMA DE EXTREMIDADES

OUTRAS QUEIXAS: Paciente sem sintomas autotomobiliares sem sinais focais e dia no ponto

CLASSIFICAÇÃO: () VERMELHO () AMARELO VERDE () AZUL

ENCAMINHAMENTO: () CONSULTÓRIO PEQUENA CIRURGIA () OBSERVAÇÃO AMARELA () SALA VERMELHA () SERVIÇO SOCIAL () OUTRO: _____

URA E CARIMBO: _____



HOSPITAL E MATERIDADE ISaura PIRES DO CARMO

UNIDADE DE ORIGEM:	
PACIENTE:	MARCELO TEIXEIRA RAUANO
REGISTRO:	
DADOS CLINICOS:	SAUDE DE BOA MORTE DE JUKU
EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:	(NATUREZA E TIPO DE LESAO) (PIRES + SA)
HISTÓRICO DIAGNÓSTICO:	TRATADO POR MEDICINA FÍSICA
CONDUZIDA/ADOTADA:	SEM MEDICAMENTO ALFAS (SA)
JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:	LEDO DE SAUDE DA UNIDADE
ENCAMINHADO PARA:	SEM MEDICAMENTO ESPECIALIZADO
UNIDADE DO ESPECIALISTA:	07/01/2016 Município de Juru MÉDICO CRM-PR 6822
EXAME CLÍNICO:	
EXAMES COMPLEMENTARES:	
FAREJER DO ESPECIALISTA:	
TRATAMENTO PROPOSTO:	
LOCAL	NA UNIDADE DE ORIGEM NA UNIDADE DE REFERENCIA OUTRO SERVIÇO
DATA	NOME - CRM

SABEREM SEGUROS
01 MAR. 2016



SECRETARIA DA
Secretaria de Rec

0012

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Nº de Inscrição
028440884-01

Data de Nascimento
28/10/75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

02R44

Emmanoela Saturnina P. de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a emissão por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

[Assinatura]

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 27/11/95

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.672.305 DATA DE EXPEDIÇÃO 04.01.1994

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

NAT. RAÇAIDADE Souza. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Tabira-PE.

DOC. ORIGEM Cert. Nas. 1316 L. 66 F. 5V art. de Tabira-PE.

ASSINATURA DO TITULAR

LETRA 7.116 DE 29/08/83

5 1 MAR 2016



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS CU NAO - SEGURO DPVAT
 01 MAR. 2016



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **011462901187**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 817926402 R.N.T.R.C.: ***** EXERCICIO: 2015

NOME: DANIEL RAMALHO DE LYRA

CIDADE: TABIRA-PE PLACA: 0

CPF / CNPJ: 057.890.024-63 PLACA: KK25373

PLACA ANT./UF: *****/PE CHASSI: 9C2J020204R015728

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROH E5 ANO FAB.: 2003 ANO MOD.: 2004

CAP. / POT. / CL.: 2P/124CL CATEGORIA: PARTIC DUA. PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA: 1º IPVA 2015 QUITADO *****
 2º *****
 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): SEM RESERVA IOP (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 04/02/15

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

TABIRA-PE DATA: 04/02/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 011462901187 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DANIEL RAMALHO DE LYRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT:0800 022 1204

CIDADE: TABIRA-PE EXERCICIO: 2015 DATA EMISSÃO: 04/02/15

VIA: 1 CPF / CNPJ: 057.890.024-63 PLACA: KK25373

RENAVAM: 817926402 MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROH E5

ANO FAB.: 2003 ANO MOD.: 03 CHASSI: 9C2J020204R015728

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$): SEM RESERVA IOP (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$): CUSTO DO BILHETE (R\$): DATA DE COTAÇÃO:

SEGURO PAGO

COTA UNICA PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.2048.094/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

ESTE BILHETE É GUARDA DO BILHETE DPVAT. SE NÃO HÁ DE SER PORTO OBRIGATORIO.





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

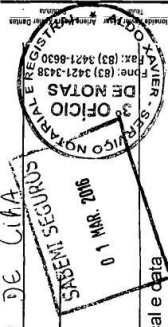
Nome: MARCELO BATISTA FARIAS DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: AGRICULTOR
Identidade: 3.211684 CPF: 033.944.504-07
Endereço: RUA FEIJADA S/N - BAIRRO DO ARAUJO JUCI PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária
Identidade: 4.672.305 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Ilíco
Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

MARCELO BATISTA FARIAS DE LIMA



Local e data

Assinatura do Outorgante: Manoela Betina Farias de Lima

(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MARCELO BATISTA FARIAS DE LIMA...
SELO DIGITAL: MP47873-3921
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br/...

