



Número: **0800047-83.2023.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **05/01/2023**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO (AUTOR)	RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73774062	24/05/2023 14:01	Petição	Petição
73774064	24/05/2023 14:01	2881674_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
73774067	24/05/2023 14:01	2881674_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210106712 Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01.395/01396 - carta_03 - INVALIDEZ

00030698



Carta nº 16767094





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210106712 Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01621/01622 - carta_03 - INVALIDEZ

00020811



Carta nº 16802893





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210106712 Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 00095/00096 - carta_03 - INVALIDEZ

00020048



Carta nº 16852952





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **290**

Agência: **000000001**

Conta: **000021242771-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00111/00112 - carta_15R - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **290**

Agência: **000000001**

Conta: **000021242771-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00715/00716 - carta_30 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 701.821.224-33 4 - Nome completo da vítima: Kuciamos Francielina de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Kuciamos Francielina de Araújo 6 - CPF: 701.821.224-33
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: São Santa Bárbara 9 - Número: 511 10 - Complemento: Caro
11 - Bairro: Área rural 12 - Cidade: Pariputuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58213-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 73989557530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Pagseguro

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 21242771
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Pariputuba PB 11/01/2023
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Kuciamos Francielina de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 125/2021

Aos **DEZENOVE** dias de **MARÇO** de **DOIS MIL E VINTE E UM** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO DE ASSIS ARAUJO** Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, FONE 3271-2967 -aí, por volta 08h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO, Identidade nº 3.853.951/SSP/PB, CPF 701.821.224-33, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: Agricultor, filho(a) de Carlos Roque de Araújo e Giselia Francelino de Araújo, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/12/1992, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) Sítio Castanha Velha zona rural de Guarabira/PB.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

2) data do fato: 10/09/2020

3) Horário do fato:

4) Local do fato: ZONA RURAL- Guarabira/PB

Que o noticiante afirma que em 10/09/2020, conduzia uma MOTO HONDA/NXR 160 BROS - ESDD, placa QFG-2803/PB, ano 2017 modelo 2017, cor vermelha, chassi 9C2KD0810HR427422, em nome de JOSÉ EMERSON DE AMORIM OLIVEIRA, ocasião em que perdeu o controle, o noticiante veio a cair, e devido a gravidade do ferimento, sofreu uma fratura na clavícula (da cintura escapular) e foi socorrido por populares para a CLINICA TOP MAIS desta cidade de Guarabira/PB, onde foi submetido a tratamento Conservador, conforme consta laudo hospitalar em anexo e por este motivo registrou a ocorrência para os devidos fins.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Luciano Francelino de Araujo
LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Comunicante

Rosicleide R. da Silva
Rosicleide R. da Silva
Escrivã/Agente Operac.

Mat. 127.554-2

Modelo_Delegado_01APR10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 701.821.224-33 4 - Nome completo da vítima: Kuciamos Francielina de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Kuciamos Francielina de Araújo 6 - CPF: 701.821.224-33
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: São Santa Bárbara 9 - Número: 511 10 - Complemento: Caro
 11 - Bairro: Área rural 12 - Cidade: Paripatuba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58213-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 73989557530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Pagseguro

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0003 CONTA: 21242771
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Paripatuba PB 11/01/2023
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Kuciamos Francielina de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2021

NUMERO DO DOCUMENTO: 321010671202

VALOR TOTAL: 843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

BANCO: 290

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000021242771

Número da Autenticação

12825BABD0DAF4A7



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321010671201

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

BANCO: 290

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000021242771

Número da Autenticação

9D120C6154F86CD8



SUA FATURA CHEGOU!

PEDRO HENRIQUE COUTINHO DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SIT SANTA LAURA, S/N - 58213000 - CEP:58213000
ÁREA RURAL
PIRPIRITUBA (AG: 22)

CLASSE/SUBCLASSE: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

ROTEIRO: 008 - 0038 - 484 - 0026

Nº DO MEDIDOR: 0008274271

MATRÍCULA: 1053502-2020-0-9

LIGAÇÃO: MONOFÁSICO

DOM. BANC:

DOM. ENT:



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Crdão Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Et. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº: 040.359.692

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1053502-9

☎ 0800 083 0196

📱 /energisa

🌐 www.energisa.com.br

☎ 83 9 9135-5540

📄 CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO. UTILIZE O CÓDIGO: 0001053502-9

💰 VALOR DA FATURA R\$ 96,36	📅 VENCIMENTO 16/04/2020	SITUAÇÃO DE DÉBITOS	
📅 REFERÊNCIA Março/2020	🕒 CONSUMO 117 kWh 2,88 kWh MÉDIA DIÁRIA		
CNPJ/CPF/RANI: 061.559.424-71	RESERVADO AO FISCO: 67bL38c.7115.7352.205.1dca.e97e.114a	📅 DATA DE EMISSÃO 11/03/2020	📅 APRESENTAÇÃO 16/03/2020
		📅 PRÓXIMA LEITURA 08/04/2020	

CCI	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	TARIFA EM TRIBUTOS	TARIFA COM TRIBUTOS	VALOR TOTAL (R\$)	BASE CALC. ICMS (R\$)	ALÍQ. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,6570%)	COFINS (R\$) (4,4080%)
0601	Consumo em kWh	117,000	0,545400	0,806380	94,34	94,34	27	25,47	94,34	0,90	4,15
0804	JUROS DE MORA 01/2020				0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2020				1,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL:					96,36	94,34		25,47	94,34	0,90	4,15

CCI: Código de Classificação do Item

BANCO DO BRASIL S A	001-9	00190.00009 02624.912008 13168.324179 9 82270000009636	VENCIMENTO	16/04/2020
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A			AGÊNCIA/CÓDIGO (BENEFICÁRIO)	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			CNPJ	09.095.183/0001-40
ENDEREÇO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680			NOME/NÚMERO	26249120013168324
DATA DO DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DOC	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
11/03/2020	1053502-2020-03-9	DS	N	11/03/2020
	CARTERA	QUANTIDADE	VALOR	II - DESCONTOS AGRIMIENTOS
	17	R\$		(-) OUTRAS DEDUÇÕES
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				(-) MORA MULTA
PAGADOR PEDRO HENRIQUE COUTINHO DE LIMA SIT SANTA LAURA, S/N - 58213000				(-) OUTROS ACRÉSCIMOS
CPF/CNPJ 061.559.424-71 PIRPIRITUBA (AG: 22)				(-) VALOR COBRADO

📄 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



P-55931



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS: **HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA**
NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA
CÓDIGO CNEC: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54
MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO SEXO: M IDADE: 27 ANOS
PROFISSÃO: NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 3853951 SSDS- PB
ENDEREÇO: RUA JOSE GINALDO DA SILVA, 175 BAIRRO: ALTO DA BOA VISTA
MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708 7041 2993 9592 DATA DE ATENDIMENTO: 10/09/2020
DATA DO NASCIMENTO: 05/12/1992
RAÇA / ETNIA: BRANCA PRETA PARDADA AMARELA INDIGENA SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queixa de modo leve.
Dar em região do clavícula
esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Raios-x do ombro e braço

RESULTADOS:

Fratura do clavícula

MATERIAS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
ATAJURA GESSADA/FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- ELETIVO
- URGÊNCIA
- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

- ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

DIAGNÓSTICO:

Fratura do clavícula

CDI: 5425

MEDICAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	ENCAMINHAMENTO:
	<input type="checkbox"/> APLICADA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
			<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	3	0	1	0	6	0	1	0	0
0	2	0	4	0	4	0	0	3	5
0	2	0	4	0	4	0	0	5	1
0	4	0	8	0	1	0	1	2	6

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

Dr. Ekstras Putrado
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4893

CNS:

CBIO: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

Suelio Moreira Torres

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



P-55931



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS: **HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA**

CÓDIGO CNEC: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54

MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO SEXO: M IDADE: 27 ANOS

PROFISSÃO: NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 3853951 SSDS- PB

ENDEREÇO: RUA JOSE GINALDO DA SILVA, 175 BAIRRO: ALTO DA BOA VISTA

MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708 7041 2993 9592 DATA DE ATENDIMENTO: 10/09/2020

DATA DO NASCIMENTO: 05/12/1992 DATA DE ATENDIMENTO: 10/09/2020

RACA / ETNIA: () BRANCA () PRETA (X) PARDA () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queixa de modo horrível.
Dar em região do clavícula esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Raios-x do ombro e braço

RESULTADOS:

Fratura do clavícula

MATERIAS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
ATADUJA GESSADA/FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- ELETIVO
- URGÊNCIA
- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
-RADIOGRAFIA (S)
-IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

DIAGNÓSTICO:

Fratura do clavícula

CDI: 5425

- | | | | | |
|------------|---------------|----------------|-----------------|--------------------|
| MEDICAÇÃO: | (X) PRESCRITA | () OBSERVAÇÃO | ENCAMINHAMENTO: | (X) RESIDÊNCIA |
| | () APLICADA | () INTERNAÇÃO | | () OUTRO HOSPITAL |
| | | () ÓBITO | | () OUTROS |

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03	01	06	01	00	00
02	04	04	00	03	05
02	04	04	00	05	01
04	08	01	01	26	

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbos

CNS:

CBIO: 225270

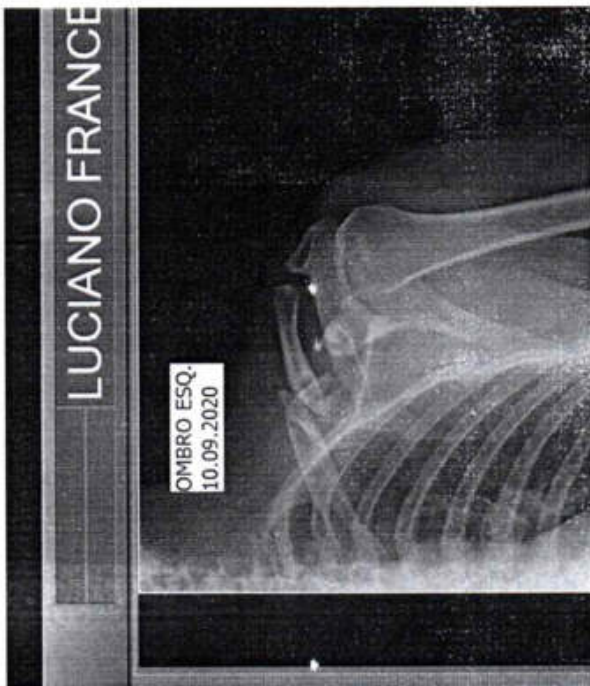
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

Suelio Moreira Torres

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

Dr. Ekstras Putrado
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4893





LAUDO MÉDICO

O PACIENTE **LUCIANO FRACELINO DE ARAUJO**, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC) NO DIA 10/09/2020, FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVICULA ESQ, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A CLINICA TOP MAIS DE GUARABIRA, ONDE FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSEVADOR COM APARELHO GESSADO

CID: S420

PACIENTE EVOLUIU COM SEQUELA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVICULA ESQ, COM LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO EM 30% DA ADM.

Guarabira, 21/06/2021

~~STAMPED AND SIGNED~~

Timistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM nº: 7414 / TEOR: 15747 / PRCO: 9745





HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54

Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente LUCIANO FRANCELINO DE ARAÚJO		CPF: 701.821.224-33	Nº Arquivo 55931/578/2020	Nascimento 05/12/1992		
Residência RUA JOSÉ GINALDO DA SILVA, 175				Bairro ALTO DA BOA VISTA		
Cidade GUARABIRA		UF PB	CEP 58200-000	País		
Naturalidade GUARABIRA		UF PB	Religião	Nacionalidade BRASILEIRA	Escolaridade	
Telefone 9-8856-8001	Estado Civil		Tipo Documento RG	Nº Documento 3.853.951	Emissor SSDS- PB	
CNS 708 7041 2993 9592	Data Internação 24/09/2020	Idade 27 ANOS	Sexo M	Cor	Nº Filhos	Profissão
Nome do Pai CARLO ROQUE DE ARAÚJO			Nome da Mãe GISÉLIA FRANCELINO DE ARAÚJO			
Responsável		Grau Parentesco		Endereço	Telefone	
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável	Nº Doc Responsável		
Unidade		Tipo de Quarto coletivo		Quarto 03	Leito 03	
Convênio SUS	Tipo Plano		Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica	
Hipótese Diagnóstica (CID)				Diagnóstico Definitivo		

Médico Responsável DR. ESDRAS FURTADO	Conselho CRM	Número 2893	Data da Alta 24/09/2020
------------------------------------------	-----------------	----------------	----------------------------

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE _____

Observações:

Luciano Franclino de Araújo
Assinatura do Paciente

Giúlia Franclino
Assinatura do Responsável



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	03
DATA:	24/09/20	HORA:	06:45
SEXO:	(X)M	()F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

DATA: 24/09/2020	HORA INICIO DA CIRURGIA: 11:00	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 13:00
CIRURGIÃO:	DR. ESDRAS FURTADO	
ANESTESISTA:	DR. WELLINGTON GUEDES	
1 AUXILIAR:	DRA LAIANA BARRETO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:		
CIRCULANTE:	TEC GARDENIA PEREIRA	
PATOLOGIA:	FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	
CIRURGIA REALIZADA:	A MESMA	
FORNECEDOR O.P.M.E.:		
O.P.M.E. UTILIZADO:	PLACA DE RECONSTÇÃO 7 FUROS + 7 PARAFUSOS CORTICAIS	
OBSERVAÇÕES:	NÃO	
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1- PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

4 - VIA DE ACESSO SOB A CLAVICULA ESQUERDA

5 - DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS + CUIDADOS COM A HEMOSTASIA

5 - REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA, PREPARO DO LEITO PARA A PLACA

6 - FIXAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSO INFRAGMENT + PLACA DE RECONSTRUÇÃO

7 - CONTROLE FLUOROSCOPICO

8 - LIMPEZA COM SF 0,9 % ABUNDANTE

9 - CURATIVO

10 - RX CONTROLE

(Handwritten Signature)

GUARABIRA, 24/09/2020 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



Hospital Dia **TOP** *Medical* **EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	03
DATA:	24/09/2020	HORA:	06:45
SEXO:	(X) M	() F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

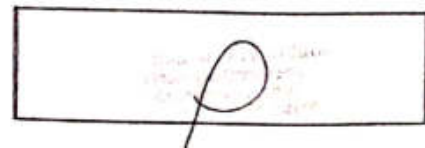
DATA: 24/09/2020	HORA:
POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. SEM INTERCORRENCIAS. RETORNO EM 7 DIAS. MANTER IMOBILIZAÇÃO. RETORNAR SE INTERCORRENCIAS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	NOME / TIPO	VIA	POSOLOGIA	FREQUENCIA	OBSERVAÇÕES
DIETA	LIVRE				ciente
HIDRATAÇÃO	SF 0,9 % 1000 ML	EV	1000 ML	24 HRS	1º 2º
MEDICAMENTOS	TRAMAL	EV	50MG	8/8 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% - SE DOR INTENSA 11√30
	DIPIRONA	EV	1G	6/6 HRS	11√30
	PROFENID	EV	50MG	12/12 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% 12√60
	CEFALOTINA	EV	1G	6/6 HRS	11√30
	NAUSEDRON	EV	4MG	8/8 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% 12√30
	OMEPRAZOL	EV	40 MG	24 HRS	11√30
	DEXAMETASONA	EV	4 MG		DOSE UNICA 11√30
	CURATIVO				ciente
	SSVV + CCGG				ciente
CUIDADOS GERAIS					ciente
SINAIS VITAIS					ciente
OBSERVAÇÕES					ciente

CARIMBO

ASSINATURA MÉDICO: _____




IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	02
DATA:	24/09/2020	HORA:	06:45
SEXO:	(X) M	() F	

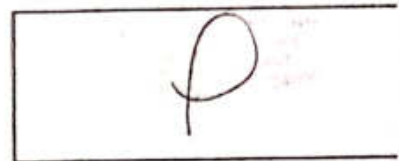
EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

DATA: 24/09/2020 HORA:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. SEM INTERCORRENCIAS. RETORNO EM 7 DIA MANTER IMOBILIZAÇÃO. RETORNAR SE INTERCORRENCIAS

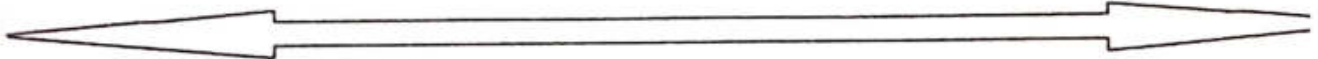
ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	



CARIMBO

ASSINATURA: _____



ALTA DA ENFERMAGEM

			DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	
Respiração	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterada <input type="checkbox"/>	
Circulação	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterada <input type="checkbox"/>	
Edema de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	presente <input type="checkbox"/>	
Cianose de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	presente <input type="checkbox"/>	
Urina	normal <input checked="" type="checkbox"/>	diminuído <input type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>
Curativo	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterado <input type="checkbox"/>	
Ferida Cirúrgica	normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterada: <input type="checkbox"/>	
Sangramento pela ferida	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	elevado <input type="checkbox"/>
Cateter	presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input checked="" type="checkbox"/>	
Presença de acompanhantes	presente <input checked="" type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>	
Orientações			

NOME ENFERMAGEM:

DATA: 24/09/2020.

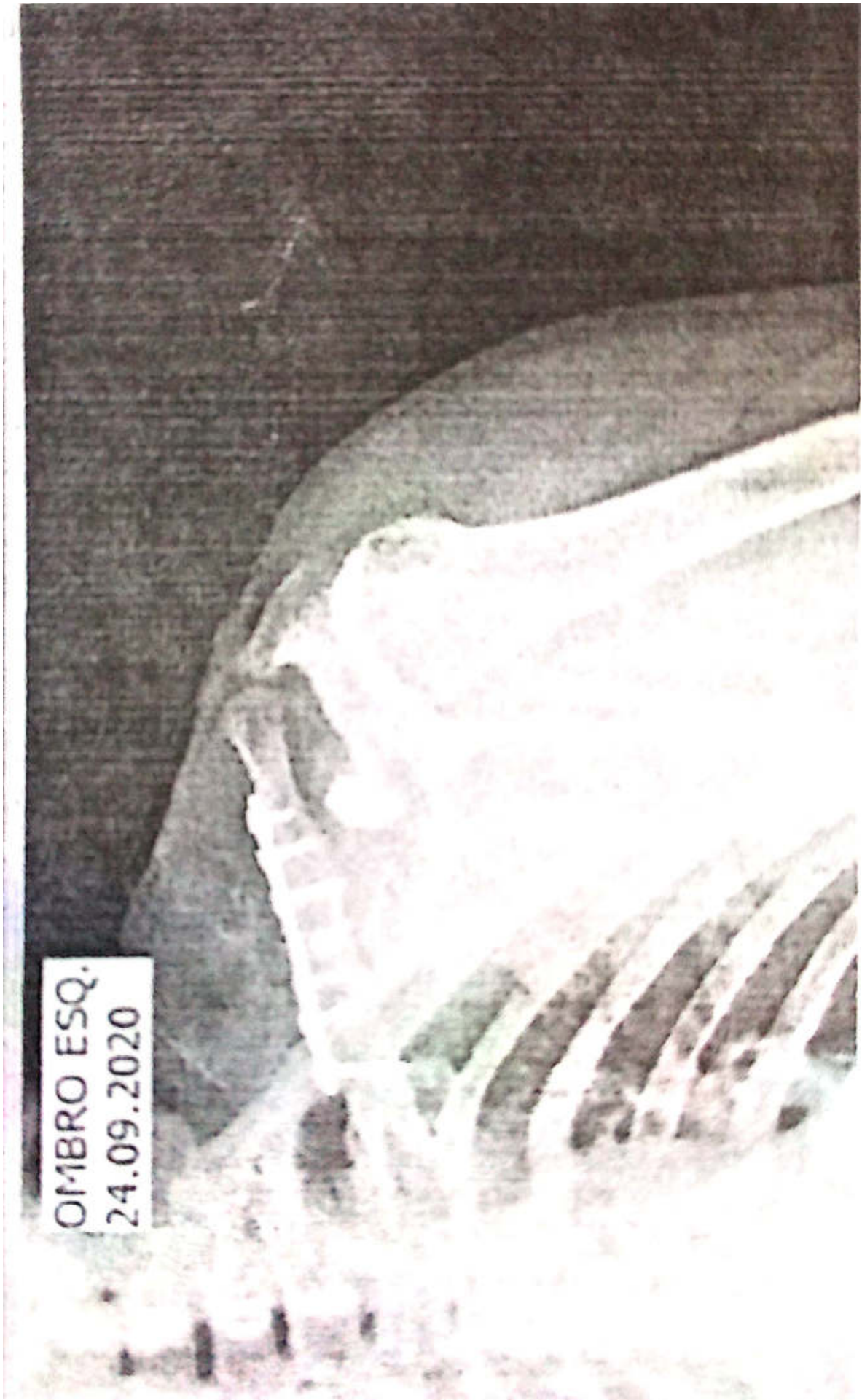
HORA: 17:00H

ASSINATURA:

CARIMBO:

Renaura de Medeiros Cabral
ENFERMEIRA
COREN 194630/PB



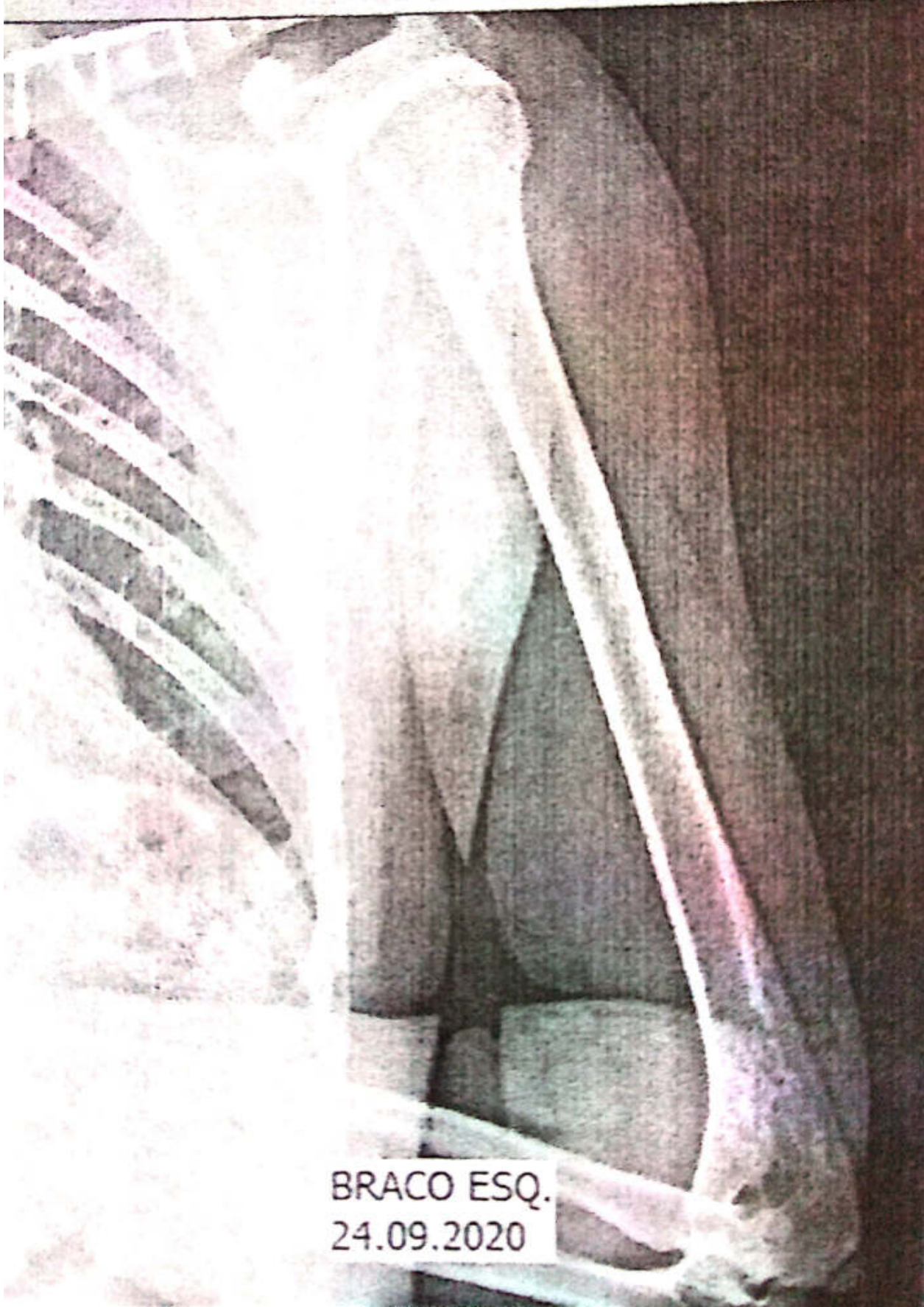


OMBRO ESQ.
24.09.2020

Digitalizado com CamScanner



LUCIANO FRANGELINO DE AR.



BRACO ESQ.
24.09.2020

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 015312305743

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCICIO
1	0119124932	00000000	2020

NOME
JOSE EMERSON DE AMORIM OLIVEIRA

CPE/CNPJ	PLACA
09026700-2	SFG2803/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO / PB	DEKDD081NR427422

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NMR160 BROS ESDD	2017	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 E/162 /CI	PARTIC	VERMELHA

I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
	IPVA PAGO EM	00/00/0000	1º
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2º
			3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO OBRIGATORIO		8/03/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
BANANEIRAS	16/07/2020



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS;
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/01/2021

IDENTIDADE 3.853.951

ASSINATURA *Suelio Moreira Torres*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2_CIRURGIA. PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA MODERADO DE OMBRO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2_CIRURGIA. PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA MODERADO DE OMBRO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-HISTÓRICO II-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1 E HISTÓRICO II -P.1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 28 ANOS/EXAME DE IMAGEM-HISTÓRICO I-P.1 @ P.1 - RELATÓRIO INDICANDO SEQUELA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-HISTÓRICO II-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1 E HISTÓRICO II -P.1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 28 ANOS/EXAME DE IMAGEM-HISTÓRICO I-P.1 @ P.1 - RELATÓRIO INDICANDO SEQUELA.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO : 701.821.224-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/03/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/05/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/04/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/04/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/06/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/06/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo: 08000478320238150181

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 24 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 14:01:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052414013105800000069536035>
Número do documento: 23052414013105800000069536035

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2023 14:01:31
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2305241401310580000069536035>
Número do documento: 2305241401310580000069536035