



Número: **0800038-55.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **04/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                             |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| ALCIDES BELARMINO MARTINS (AUTOR)                          |                    | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)                          |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                          |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                           |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                 | Tipo              |
| 35844437                                                   | 23/10/2020 15:32   | <a href="#">Petição</a>                                   | Petição           |
| 35844438                                                   | 23/10/2020 15:32   | <a href="#">2561360_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</a>          | Outros Documentos |
| 35844440                                                   | 23/10/2020 15:32   | <a href="#">2561360_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</a> | Outros Documentos |
| 35844442                                                   | 23/10/2020 15:32   | <a href="#">2561360_JUNTADA_DE_DOCS_03</a>                | Outros Documentos |

EM ANEXO





Banco do Brasil

|                            |  |                  |  |                         |  |
|----------------------------|--|------------------|--|-------------------------|--|
|                            |  |                  |  | Nº DA CONTA JUDICIAL    |  |
|                            |  |                  |  | 2700112638287           |  |
| Nº DA PARCELA              |  | DATA DO DEPÓSITO |  | AGÊNCIA (PREF / DV)     |  |
| 0                          |  | 11/08/2020       |  | 3331                    |  |
|                            |  |                  |  | TIPO DE JUSTIÇA         |  |
|                            |  |                  |  | ESTADUAL                |  |
| DATA DA GUIA               |  | Nº DA GUIA       |  | Nº DO PROCESSO          |  |
| 11/08/2020                 |  | 2561360          |  | 08000385520188150001    |  |
|                            |  |                  |  | TRIBUNAL                |  |
|                            |  |                  |  | TRIBUNAL DE JUSTICA     |  |
| COMARCA                    |  | ORGÃO/VARA       |  | DEPOSITANTE             |  |
| CAMPINA GRANDE             |  | 7 VARA CIVEL     |  | RÉU                     |  |
|                            |  |                  |  | VALOR DO DEPÓSITO (R\$) |  |
|                            |  |                  |  | 200,00                  |  |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO      |  |                  |  | TIPO DE PESSOA          |  |
|                            |  |                  |  | Juridico                |  |
| NOME DO AUTOR / IMPETRANTE |  |                  |  | TIPO DE PESSOA          |  |
| ALCIDES BELARMINO MARTINS  |  |                  |  | Fisica                  |  |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA    |  |                  |  | CPF / CNPJ              |  |
| 3BBE9E34710F7943           |  |                  |  | 01037556402             |  |
| CÓDIGO DE BARRAS           |  |                  |  |                         |  |





Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946103

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170593744 ASL-0425701/17  
**Vitima:** ALCIDES BELARMINO MARTINS  
**Data Acidente:** 28/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** INACIO BRUNO SARMENTO

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00085/00086 - carta\_01



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11950012

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Sinistro: 3170593744 ASL-0425701/17  
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS  
Data Acidente: 28/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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. 00385/00386 - carta\_02

00050193



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033873

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Nº Sinistro: 3170593744  
Vitima: ALCIDES BELARMINO MARTINS  
Data do Acidente: 28/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, 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: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000012168-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| 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 |
|----------------------------------------|-----|--------|

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00879/00880 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030440



# 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

Sinistro: 3170593744 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): ALCIDES BELARMINO MARTINS  
Endereço do(a) Examinado(a): RUA LUIZ MOTTA nº 489 - BODOCONGÓ - CAMPINA GRANDE/PB  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2485752 - SSP  
Data local do exame: 20/11/2017 CAMPINA GRANDE/PB

## 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 CLAVÍCULA DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

### DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

#### OMBRO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PB - CAMPINA GRANDE, 20/11/2017**

**Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB**

  
**Dr. Bruno Brilhante**  
Cirurgião de Joelho e Ombro  
Ortopedia e Traumatologia  
RUA 5892

Assinatura do perito Examinador - CRM



Autorização de pagamento



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

|                           |                                 |                                                      |
|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima<br>010 375 564 02 | Nome completo da vítima<br>Alcides Belarmino Martins |
|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                            |                                        |                             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| Nome completo<br>Alcides Belarmino Martins | CPF titular da conta<br>010 375 564 02 | Profissão<br>Autônomo       |
| Endereço<br>Rua Luiz Mota                  | Número<br>489                          | Complemento                 |
| Bairro<br>Itapeceranga                     | Cidade<br>Campina Grande               | Estado<br>Paraíba           |
| Email<br>maeio.bruno.du@gmail.com          | CEP<br>58430 710                       | Telefone (DDD)<br>3334 1288 |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

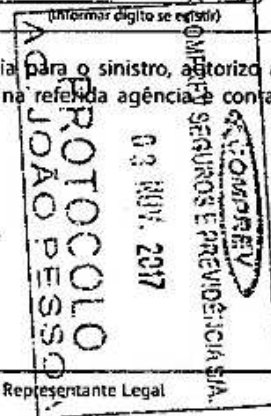
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                  |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                        | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00          | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) |                                                        |
| AGÊNCIA NRO. 3487 D/V<br>CONTA NRO. 12168 D/V                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        | BANCO Nome NRO.<br>AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V               |                                                        |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                        | (Informar dígito se existir)                                     |                                                        |

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

C. Grande 18 de Outubro de 2017  
Local e Data

Alcides Belarmino Martins  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017









**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17044255B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



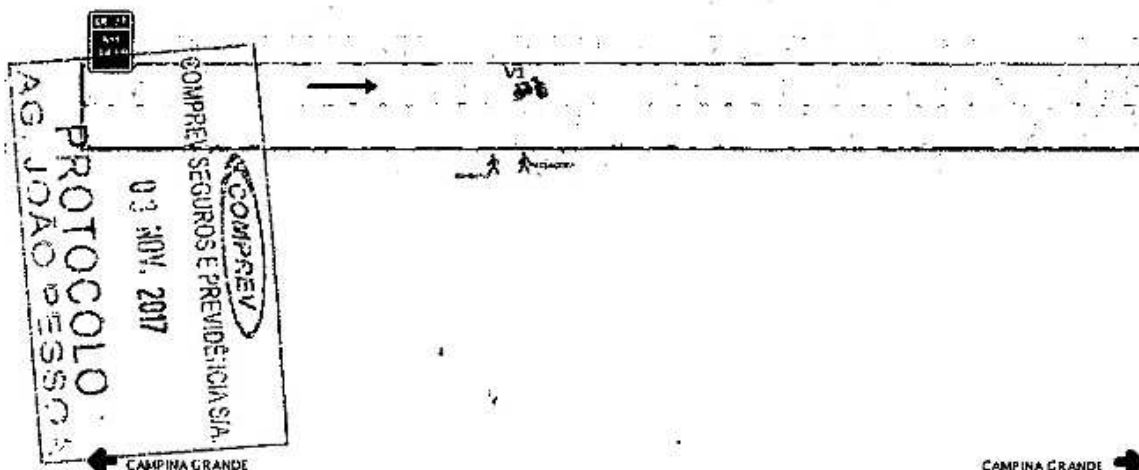
Sem Imagem

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

| Ordem | Tipo de Evento               | Veículos Envolvidos |
|-------|------------------------------|---------------------|
| 1     | Queda de ocupante de veículo |                     |

**Croqui**



**Amarração - Não realizada**

**Narrativa**

Em levantamento realizado no local do acidente, BR 230/KM 141,9, sentido decrescente, fora verificado que motocicleta placa QFL8889 seguia o fluxo, quando estourou o pneu traseiro, perdeu o controle e houve a queda.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: 81845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17044255B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

ALCIDES BELARMINO MARTINS

CPF:

010.375.564-02

DATA DE NASCIMENTO:

08/09/1982

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MAURINA BELARMINO MARTINS

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA ANA ALVES CHAVES

NÚMERO:

55

COMPLEMENTO:

AP 308 BL C

BAIRRO:

PARATIBE

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

AB

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

Nº DO REGISTRO:

04065178139

UF:

PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

28/03/2007

VALIDADE DA CNH:

27/05/2019

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Sim

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

0.0 mg/L

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

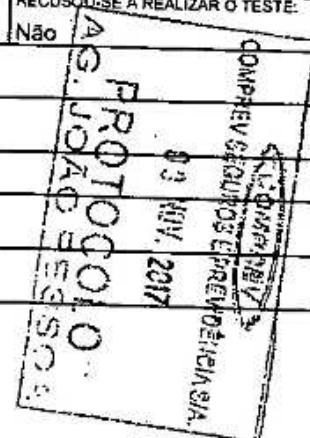
Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhado ao hospital de trauma-CG. Nº teste de alcoolemia 1031.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1830897

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novoba/autenticar](http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar)

Página 4 de 8





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17044255B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

|                              |                          |                                                                            |                         |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V1            | PLACA:<br>QFL8889        | MARCA/MODELO:<br>HONDA/NXR160 BROS ESDD                                    | ANO FABRICAÇÃO:<br>2015 |
| SITUAÇÃO:<br>Tracionador     |                          | TIPO DE VEÍCULO:<br>Motocicleta                                            |                         |
| CHASSI:<br>9C2KD0810FR475336 | RENAVAM:<br>01067732419  | PAÍS:<br>BRASIL                                                            |                         |
| ESPECIE:<br>Passageiro       | CATEGORIA:<br>Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento |                         |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Acidente causado por estouro do pneu traseiro.

|                                                   |                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br>IDEGILSON DE SOUZA SILVA | CPF/CNPJ:<br>602.234.484-00 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|

**Dados de Endereço**

|                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| LOGRADOURO:<br>RUA LUIZ MOTTA 489 | NÚMERO:<br>00489 |
| COMPLEMENTO:                      | BAIRRO:          |

**MUNICÍPIO/UF:**

CAMPINA GRANDE/PB

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| TELEFONE:<br>83 999427897 | EMAIL: |
|---------------------------|--------|

**Dados da Carga**

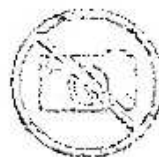
**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:**



Sem Imagem

**IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:**

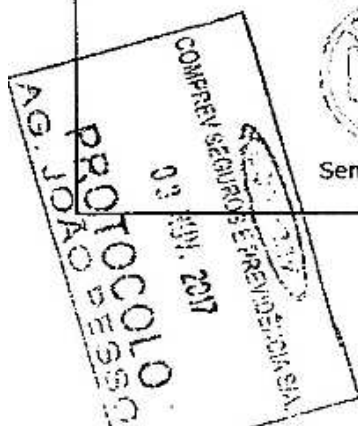


Sem Imagem

**IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880887

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57 NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL****BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO****PROTOCOLO:**  
17044255B01**STATUS:**  
Encerrado**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

THAIS DE SOUZA SILVA

CPF:

063.719.954-56

DATA DE NASCIMENTO:

27/09/1987

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ORGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MARIA DE LOURDES DE SOUZA SILVA

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:

RUA LUIZ MOTA

NÚMERO:

489

COMPLEMENTO:

CASA

BAIRRO:

BODOCONGO

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:

EMAIL:

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

**Encaminhamento**

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

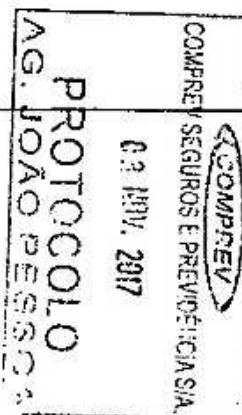
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhada ao hospital de trauma-CG.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:

Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRICULA 1680807.

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:32:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315323357900000034233008>

Número do documento: 20102315323357900000034233008

Num. 35844440 - Pág. 10



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17044255B01

**STATUS:**  
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1860807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DB89833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 8





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17044255B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AValiação DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

NÚMERO DO BAT:

17044255B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

MARIO FILHO/1880807

DATA/HORA:

28/05/2017 19:55

| Item | Descrição do Item                    | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                      | SIM                         | NÃO | NA |
| 1    | Garfo dianteiro                      | X                           |     |    |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |                             | X   |    |
| 4    | Coluna de direção                    |                             | X   |    |
| 5    | Chassi                               |                             | X   |    |
| 6    | Garfo traseiro                       |                             | X   |    |
| 7    | Eixo traseiro (triciclos)            |                             | X   |    |

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Média



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57 - - - NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 7 de 8







**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17044255B01

**STATUS:**  
Encerrado

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: 81845C7CAA4E2116D9DBB8833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 8





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Neudes Belarmino Martins, portador da carteira de identidade nº 2485752 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.375.564-02, residente e domiciliado na Rua Luiz Mota, Cidade C. Crenópolis, 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:

- ( ) 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.

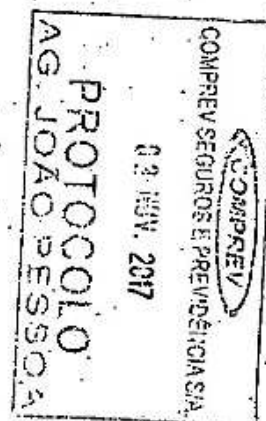
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Neudes Belarmino Martins

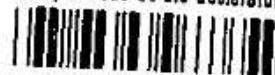
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Campina Grande, 18 de Outubro de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



## DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192-CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente: **Alcides Belarmino Martins**, vítima de acidente de trânsito, no dia 28 de Maio de 2017, aproximadamente às 20hs00min, End: Após a PRF sentido João Pessoa / Br-230, Sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 19 de Junho de 2017.



Deoclecio Francisco do Nascimento  
Coordenador Administrativo



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

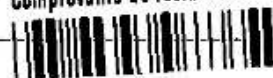


INACIO DA SILVA SANTO  
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 800/B - 80000-000  
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58100-000 (AG. 401)

Canal/Seção: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 66370/PASSO D'ÁZUL  
Referência: Jun / 2017  
Nº medidor: 0008095725 Emissão: 21/08/2017

ENERGISA BRSORENAR DOS TRINDADE DE ENERGIAS S/A  
CNPJ 06 82628640001-96 Ins. Est. 16.029.829-1  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NÚM. 130 429  
Código para D.U. e Autenticação: 0000249963

Comprovante de residência



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisat.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Jun / 2017

Apresentação

21/08/2017

Data prevista da  
próxima leitura

20/07/2017

CPF/CNPJ/RANI  
3570181408

Ins. Est.

Faturas em atraso

| Anterior      | Atual         | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|---------------|-----------|---------|------|
| Data Letura   | Data Letura   |           |         |      |
| 19/05/17 1551 | 21/08/17 1844 | 1         | 93      | 33   |

| Descrição               | Demonstrativo | Preço   | Valor (R\$) |
|-------------------------|---------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh          | 93            | 0,42708 | 39,71       |
| Adic. B. Vermecho       |               |         | 0,99        |
| ICMS                    |               |         | 14,31       |
| PIS                     |               |         | 0,40        |
| COFINS                  |               |         | 1,84        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS  |               |         |             |
| CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA |               |         | 7,33        |
| JUROS DE MORA 05/2017   |               |         | 0,10        |
| MULTA 05/2017           |               |         | 1,45        |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|        |     |
|--------|-----|
| Mar/17 | 114 |
| Abr/17 | 128 |
| Mai/17 | 134 |
| Jun/17 | 124 |
| Jul/17 | 137 |
| Out/16 | 130 |
| Nov/16 | 126 |
| Out/15 | 93  |
| Set/16 | 90  |
| Ago/16 | 94  |
| Jul/16 | 99  |
| Jun/16 | 105 |

Média dos últimos meses  
112

|        | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|--------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS   | 57,25           | 25,00    | 14,31     |
| PIS    | 57,25           | 0,6992   | 0,40      |
| COFINS | 57,25           | 3,2704   | 1,84      |

VENCIMENTO  
28/06/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 66,13



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6035  
CNPJ: 09.365.645/0001-76  
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

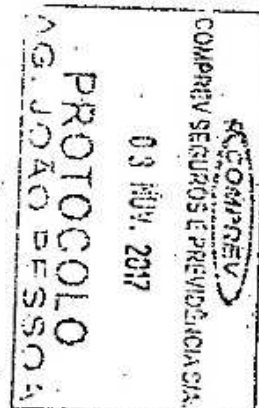
Certifico e dou fé que apresenta cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande

28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

SELO DIGITAL: AP144367-41CB

Consulte a autenticidade em: <http://selodigital.tjpb.jus.br>





## NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÕES - MOD. 22

Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1370,  
Ed. Berrini  
Cidade Monções  
CEP: 04571-630 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.157/0001-02  
Insc. Est. 10633099112  
http://www.vivo.com.br

Nome: IDEGILSON DE SOUZA SILVA  
Endereço: RUA LUIZ MOTTA 488 BODOCONGO - 58430-710 - CAMPINA GRANDE / PB  
Código do cliente: 9299 8234 9297 DV: 4  
CNPJ/CPF: 60223449100 Tipo de cliente: Residencial Estado de instalação: Paraíba

## DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS POR NÚMERO TELEFÔNICO

## Prestadora Telefônica

Telefônica Brasil S.A. | Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475, Sala 801 - Part. - 58030-000 João Pessoa PB  
CNPJ: 02.558.157/0026-10 - Insc. Est. 16.136.950-2 | Natureza da Operação: Prestação do serviço de comunicação - CFOP 5300

## INTERNET

1 CGE-30166W75M-053

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

Serviço Internet Power Smart 15 Mega GTI

09/08/2017 a 08/09/2017

30%

3,65%

95,29

2

Desconto Prom. Internet R\$ 30,00 10/12

09/08/2017 a 08/09/2017

-30,00

## SUBTOTAL

65,29

## SERVIÇOS

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

3 8330650335

Assinatura Mensal sem Minutos - Light

09/08/2017 a 08/09/2017

30%

3,65%

46,22

## SUBTOTAL

46,22

## TOTAL

111,51

## TOTAL DA NOTA FISCAL DA TELEFÔNICA

111,51

Reservado ao Fisco 8565.022.1414.1924.2cd6.b4c9.b040.723b

ICMS

Base do cálculo: 111,51

Alíquota: 10%

Valor do ICMS: 11,15

PIS/COFINS

Base do cálculo: 76,05

Alíquota: 3,65%

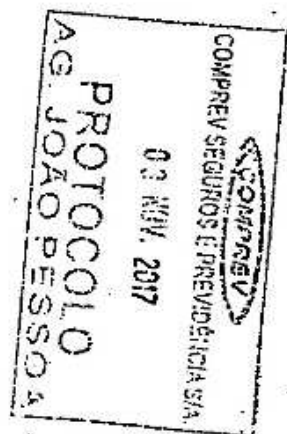
Valor do PIS/COFINS: 2,84

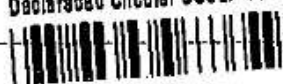
A TELEFÔNICA contribui c/ 1% do valor de serviços de Telecom ao FUST e 0,5% ao FUNTEL sem repasse ao consumidor.

TOTAL GERAL A PAGAR

111,51

Comprovante de residência





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 João Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 819 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Belorrimino Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Alcides Belorrimino Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

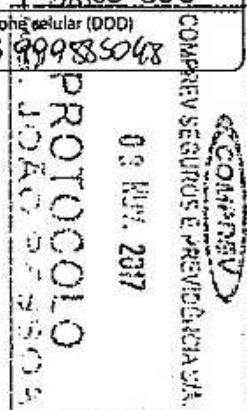
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

|                                                  |                                  |                                               |                                               |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Antonio Sergio de Almeida</u> |                                  | Número<br><u>800</u>                          | Complemento<br><u>B</u>                       |
| Bairro<br><u>Rockeop</u>                         | Cidade<br><u>Compinha Grande</u> | Estado<br><u>Paraná</u>                       | CEP<br><u>58100-000</u>                       |
| Email<br><u>maeiobrunoed@gmail.com</u>           |                                  | Telefone comercial(DDD)<br><u>83 33341289</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>83 999885048</u> |

C. Grande 18 de Outubro de 2017.  
Local e Data

João Bruno Sarmiento  
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017







**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

0.6222 22:32

Ein- oder Mehrfachbindung

der auf alle das definierende  
Klagen charakterist.

Aspirin - 1500 mg

contra a clivagem por  
meio d indução de fatores

U. A. 17, de oppen

Let's do a bubble sort!

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SP-9965

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

03 NOV 2017

PROTOCOLLO  
AG. JOÃO DESSO:

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_hs

Centro cirúrgico

{ Internação (seior)

1. Informação a outro SETOR ou HOSPITAL

~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~

| Year | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1990 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 |

CODIGO/PROCEDIMENTO

C80

**IBADH**



GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



### Ficha de Acolhimento

|                       |                                                      |                             |  |
|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
| Nome:                 | Aldo Barbosa Monteiro                                |                             |  |
| End:                  | Rua: 14 de Novembro - 249 Bairro: 10 de Novembro     |                             |  |
| Data de Nascimento:   | 08.09.82                                             | Documento de Identificação: |  |
| Queixa:               | Xela Data do Atend: 28/05/17. Hora: 20h52 Documento: |                             |  |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                                              | ( ) Não                     |  |

### Classificação de Risco

|                          |                                         |                      |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo           | Aspecto:             | ( ) Calmo ( ) Fácels de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |                                         | Frequência cardíaca: |                                         |
| Pressão arterial:        |                                         | Temperatura axilar:  |                                         |
| Dosagem de HGT:          |                                         | Mucosas:             | ( ) Normocorada ( ) Pálida              |
| Deambulação:             | ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca |                      |                                         |

### Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

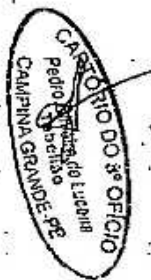
Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





SELO DIGITAL: AF144 766-7036  
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



**CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035  
CNPJ: 09.365.145/0001-76  
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico a dou fe e a presente cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande **28 06 17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO PARA ATOS DE FÉ PÚBLICA  
(Art. 19 da Lei nº 8.912/94)

**Documentos de Identificação**

FRANCISCO BRUNO E SILVA  
MARIA ADILIA DORA SARMENTO

21412

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARALIBA  
IDENTIDADE DE ABOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA  
MARIA ADILIA DORA SARMENTO

21412

**PROTOCOLO**

03 JUL 2017

COMISSÃO DE SEGURANÇA E PREVENÇÃO





| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                  |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                       |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO                                        |  |
| NOME<br><b>ALCIDES BELARMINO MARTINS</b>                                |  |
| DOCUMENTOS / OUTROS DADOS<br>2465752 SSP PB                             |  |
| CPF<br>010.375.564-02                                                   |  |
| DATA EMISSÃO<br>08/09/1982                                              |  |
| FILIAÇÃO<br>JAIR DOS SANTOS<br>MARTINS<br>MAURINA BELARMINO<br>MARTINS  |  |
| PREENCHIMENTO<br>NCC<br>CABELO<br>AS                                    |  |
| Nº DOCTRO<br>04055178139                                                |  |
| VALIDADE<br>27/05/2019                                                  |  |
| 1ª EMISSÃO<br>28/03/2007                                                |  |
| FOTO                                                                    |  |
| Assinatura<br><i>Alcides Belarmino Martins</i><br>Assinatura do Titular |  |
| LOCAL<br>JOAO PESSOA, PB                                                |  |
| DATA EMISSÃO<br>28/05/2014                                              |  |
| Assinatura<br><i>Rodolfo Carneiro</i><br>Assinatura do Emissor          |  |
| 00817550054<br>PB028668154                                              |  |
| ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE                                           |  |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
03 NOV. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



OUT



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

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

PB Nº 012895937526 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 03/10/2016  
 VIA 60223448400 CNPJ OPL8889/PB

902KD0810ER425336

**PRÊMIO TARIFÁRIO**  
 FV3 (R\$) DENATRO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DIA 1 SEM NO SEGURO (R\$)  
 PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTRAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.348.888/0001-04  
 35556-120626 E-20161003

DETRAN - PB Nº 012895937526  
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO  
 VIA 01087793701-9 007066000000-002016

EDGILSON DE SOUZA SILVA  
 60223448400 CNPJ OPL8889/PB

NOME / ANO / UF PB 902KD0810ER425336

PAS/MOTOCICLISTA/NAO APPLIC ADGOMASOL  
 HONDA/INSTRADO 2006-2000 2015 7013

IPVA 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%  
 VENC / COTAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PRÊMIO TARIFÁRIO 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%  
 A.F. BANCO RONDINHA

CNPJ 322 03/10/2016 35556

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 03/10/2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

15

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR LAUDO DO IML

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE

**CRM do médico:** 6492

**UF do CRM do médico:** PB

### 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            |

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ALCIDES BELARMINO MARTINS brasileiro(a),  
estado civil CASADO, inscrito no CPF de nº 010.13251.564/02, e no RG  
de nº 2485792, residente e Domiciliado a  
Rua: LUIZ MOTA, nº 489, Bairro  
BORDO CONGO, na Cidade de CAMPINA GRANDE Estado  
PARAIBA, CEP 58.400-740  
58.430-710

**OUTORGADO:** INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF  
de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e  
domiciliado na Rua Antônio Sergio de Almeida, 800/B, Bodoçongó, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)  
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer  
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou  
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alcides Belarmino Martins  
ocorrido em 28.10.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,  
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar  
**Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT**, para o  
**pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar  
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos  
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 16 de Outubro de 2017

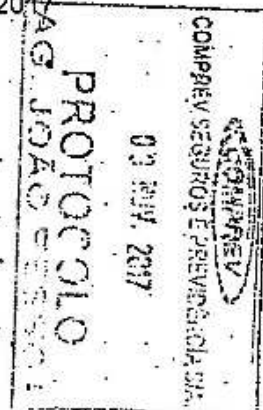
7º CARTÓRIO  
CAMPINA GRANDE-PB

Alcides Belarmino Martins

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO



7º TABELIONATO DE NOTAS

Escritório de Notariado  
 Rua Major Manoel Joaquim de O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB  
 Tabela (denotas@gmail.com)

**RECONHECIMENTO**

Reconheço a(s) firma(s) de ALCIVES BEZERRA  
ALCIVES BEZERRA  
 como ☒ Autêntica ☐ Semelhante  
 Dou fé, Campina Grande, 16-01-2017

Tabela (Vatterluciana Almeida de Moraes)







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

**Processo: 08000385520188150001**

**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 **ALCIDES BELARMINO MARTINS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

CAMPINA GRANDE, 13 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PB 4246-A

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

