

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012031012241
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 20150000406808-9
0038679137-6 00/00000000 2015

NOME

WALLYSON RICARDO DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ

10088640485

PLACA

OFA9080/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PE

CHASSI

9C2KC1650CR513175

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011 2012

CAP / POT / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

I
P
V
A

IPVA PAGO EM

15/09/2015

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO P A G O

DATA DE PAGAMENTO

15/09/2015

OBSERVAÇÕES

RD TIBERIANO BRITO NOBRE

0

JOAO PESSOA PB

DATA

15/09/2015

33294



Ariston Chaves Sousa
Diretor Suplente - DETRAN PB

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA PUBLICA E TERRESTRE PARA PESSOAS

PB Nº 012031012241 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
10088640485 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VÍDEO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2015

DATA EMISSÃO

15/09/2015

VIA

1

CPF / CNPJ

10088640485

PLACA

OFA9080/PB

MARKET / MODELO

00386791376

HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2KC1650CR513175

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

S

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

15/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

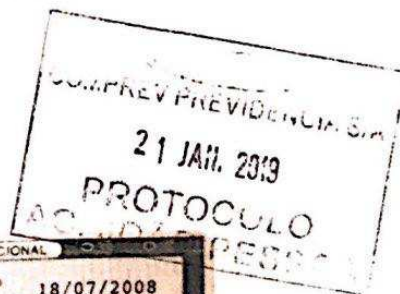
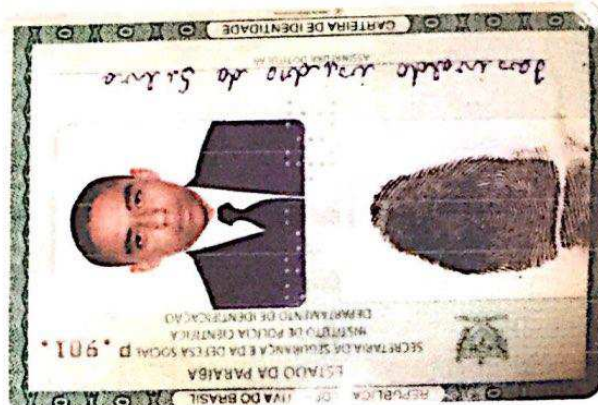
30422-1507121-20150915

JUL 2015



Scanned with CamScanner





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.680.828
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/07/2008
NOME	JOSIVALDO IZIDRO DA SILVA
RELACÃO	JOSEFA SULINO DA SILVA
NATURALIDADE	AREIA-PB
DATA DE NASCIMENTO	20/01/1990
DOC. ORDEM	NASC.N.20085 FLS.273 LIV.A-20
CNPJ	CARTORIO AREIA-PB.
ASSINATURA DO DIRETOR	
CET Nº 114-08-2908-83	

Scanned with CamScanner





Laudo Médico/Resumo de Alta

HEB-001

Nome: FABIO SEVERINO DA SILVA		N de BE: 1092304
Idade: 33	Sexo: M	Clinica: DMF
Data de admissão: 04.07.18	Alta: 05.07.18	Enf. (RMN): H-03
Diagnóstico de Internação:		Tempo de Permanência:
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO		
Diagnóstico Definitivo:		
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO		
Diagnóstico Secundário:		
Principais exames: CLÍNICOS + IMAGEM		
Cirurgia realizada - data e equipe: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO 04.07.18 DE ALTON NOBRE DA SILVA E CLAUDIO AGOSTINI		
Biópsias:		
Anatomia patológica:		
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não ()		
Resultado bacteriologista:		
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()		
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:		
PROCEDE VITIA DE EXISTÊNCIA NOCICÉPTICA, NÉ 11 JINS, CRIANDO TRACMA DE FRCP E FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. A MESMA, SUBMETIDA A REDUÇÃO DA LESÃO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERFERÊNCIA.		
Orientações Pós Alta		
Dieta: LÍQUIDO - POSTERIO		
Repouso:		
Relativo em casa por, 15 dias.		
Retorno às atividades sem esforço físico em, 15 dias.		
Retorno às atividades com esforço físico leve, 35 dias e com maior em, 35 dias.		
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.		
Medicações para casa: ATB + DORES		
Retorno:		
Ao posto de saúde em 13.07.18 para retirada de ponto.		
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.		
COMPREV		
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
Ass. Médico/CIR Assis Filho		
Ass. Médico/CIR Churro BMF		
Ass. Médico/CIR 3207		
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

Scanned with CamScanner



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190190479

Vítima: PAULO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO SEVERINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01159/01160 - carta_04 - INVALIDEZ

Carta nº 14086375

Scanned with CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

PAULO SEVERINO DA SILVA BRASILEIRO, GOLTURPO, AUTONOMO
INSCRITO NO CPE. RG 3716.085, SSP-PB, DOMICILIADO NO
SÍTIO ENGANÇO NOVA S/N, ZONA RURAL, PEDRAS DE FOSS-PB

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519; sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "ad iudicia et extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sem. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 24 de Junho de 2018.

OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com

Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00066.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00066.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:53 horas do dia 27 de fevereiro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Paulo Severino da Silva**, conhecido(a) por Foguinho, CPF nº 700.153.994-51, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria Carmelita da Silva e Severino Fernando da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 02/06/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Novo I, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Associação de Carpineiro, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Engenho Novo I, nº S/N. Casa Na Zona Rural, Próximo Ao Sítio Engenho Novo I, Pedras de Fogo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 24/06/18 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto. modelo FACTOR YBR 125 K, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2012/2013, placa NPV-9961, chassi 9C6KE1520D0134545, renavam 00019212402, características gerais: N°. C.r.l.v.: 012974074024; n°.p.r.t.: 20170000006492-5; n°. Motor: E3g9e-134598; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Cabedelo/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jussara Arnaud Ferreira; residente Na Rua Manoel Alves Casado, N°. 411, Casa, Centro, Cabedelo/pb.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NA LOCALIDADE TAMBÉM JÁ DESCRITA ACIMA CAIU EM UM BURACO DA ESTRADA E PERDEU O CONTROLE DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, C.R.M.:2329/PB.

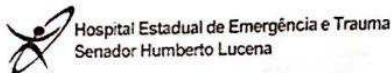
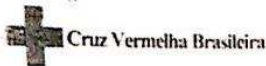
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governador do Estado da Paraíba
Secretaria de Segurança Pública
Alexandre L. M. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00066.01-2019-10540

1/2





SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO SEVERINO DA SILVA	BAE 1090291	Data/Hora Entrada 24/06/2018 20:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33a 23d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986845785
Endereço DESEMBARGADOR JÚLIO RIQUE FILHO, 51	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 24/06/2018 20:48:01		Data/Hora Prescrição 24/06/2018 22:03:14	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO(QUEDA), ORIUNDO DE PEDRA DE FOGO TRAZIDO POR FAMILIARES, APRESENTANDO MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES NA FACE, MMSS E MMII. SUFUSÕES HEMORRÁGICAS PERIORTAL DIREITA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. NÃO USAVA CAPACETE. SINAIS DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICAS. GLASGOW 15, SONOLENTO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES. CORADO, EUPNÉICO.

CM: ANALGESIA + CURATIVO
PARECERES ORTO+NC+BMF

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 10 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 50 ML DE SF 0,9 %)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: POLITRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

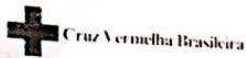
PROTOCOLO
AQ. JOAO PESSOA

Dr. Fernando Ramalho Diniz
CRM 27.377
033 00 2797

Boletim registrado por: ISLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 24/06/2018 20:45:20

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1090291



Identificação do paciente

ID 1300598	Nome PAULO SEVERINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 02/06/1985	Idade 33 anos 22 dias	Estado civil Religião
Mãe MARIA CARMELITA DA SILVA	Pai SEVERINO FERNANDO DA SILVA	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) UBERLANDIA ROSENDO BORGES DE FIGUEIREDO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986845785	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3716085	Nº Cns
Local de procedência PEDRAS DE FOGO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R

Endereço

CEP 58058236	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JÚLIO RIQUE FILHO
Número 51	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 24/06/2018 20:42:46	Número da pulseira 1000006534022	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de nsc	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

ALTA DA CH. GOM
12 MAR 2019

Diagnóstico	CD
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIEIRA	Tempo 02min 34seg

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOAO PESSOA

Imprimir

Dr. Igor Nunes de Souza
MÉDICO
CRM-5858 PB

24/06/2018 20:46

Scanned with CamScanner





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831394503

Data Nasc: 02/06/1985 - 33 anos

Paciente: PAULO SEVERINO DA SILVA

Data Exame: 24/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Hematoma periorbitário a direita.

Fratura do complexo maxilo-zigomático a direita.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

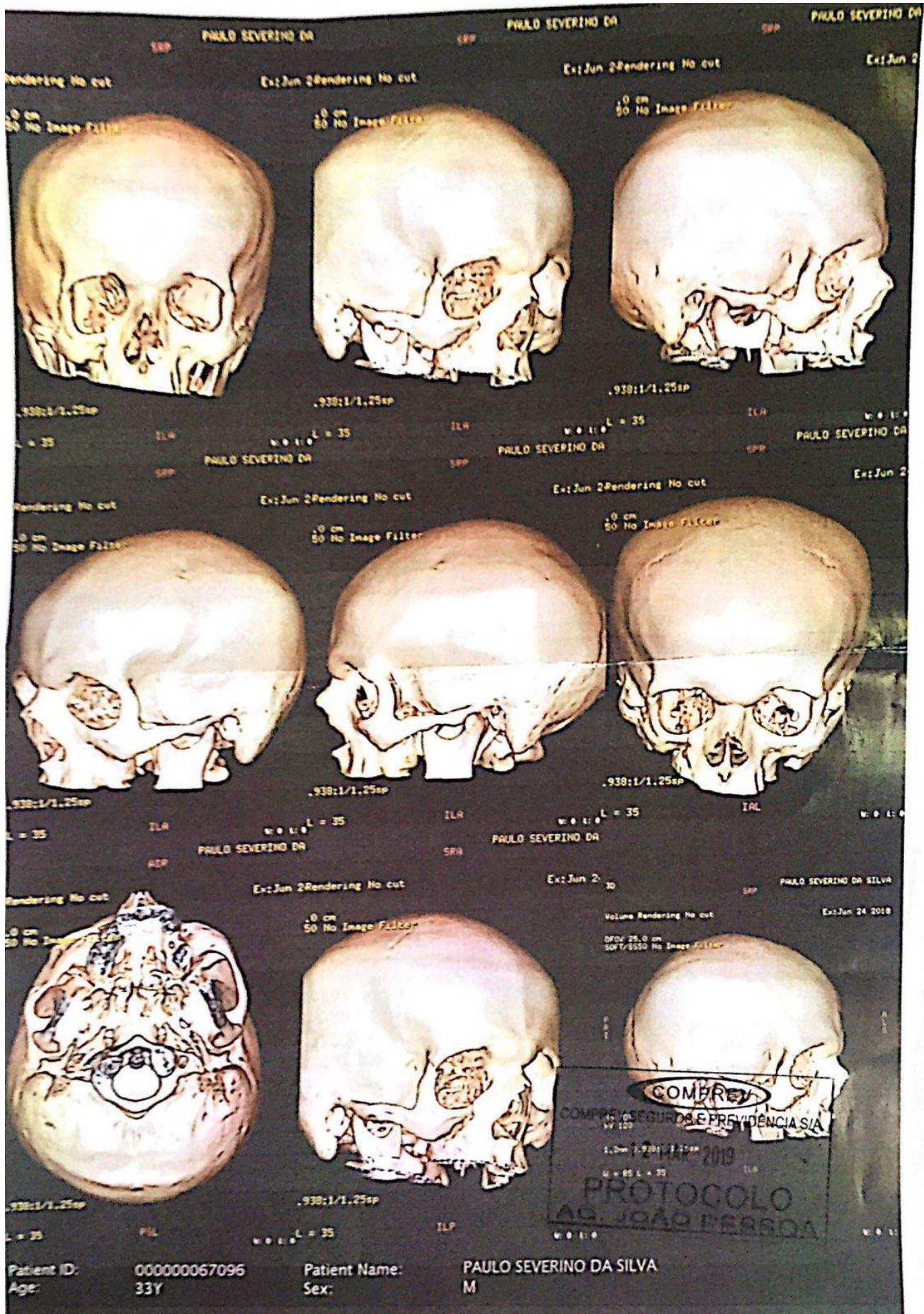


Este laudo foi liberado em 25/06/2018 09:49.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

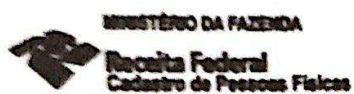
Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

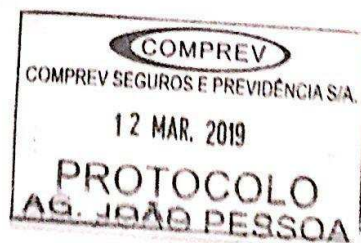
Número
700.153.994-61

Nome
PAULO SEVERINO DA SILVA

Nascimento
02/06/1985

VÁLIDO

DO COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Scanned with CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.716.085	29/10/2008
NOME PAULO SEVERINO DA SILVA	
FILIAÇÃO SEVERINO FERNANDO DA SILVA MARIA CARMELITA DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ITABAIANA-PB	02/06/1985
DOC ORIGEM NASC.N.5486 FLS.138V LIV.A 6 CARTORIO SÃO MIGUEL TAIPU PB	
CPF	
Assinatura do Diretor João Pessoa, PB	
LEI Nº 71114 DE 29/08/83	

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jussara Arnaud Ferreira

RG nº 1840243, data de expedição 10/05/2010

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 000.182.124-02

com domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Camilo de Holanda, nº 441

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Paulo Severino da Silva, cujo o condutor era

Paulo Severino da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha Factor YBR Ano: 2012

Placa: NPU961 Chassi: 9C6KE1520D0134545

Data do Acidente: 24/06/2018

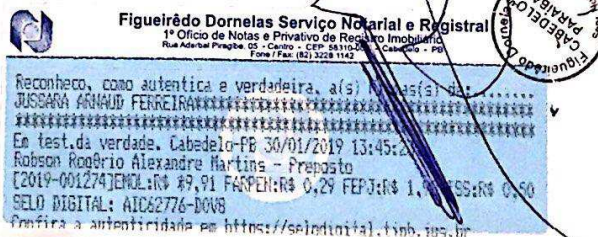
Local e Data: Cabedelo - PB 30/05/2019

Figueiredo
Dornelas
Srs. Titulares

Jussara Arnaud Ferreira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 700.153.934-51 Nome completo da vítima: Paulo Severino da Silva

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

Nome completo: Paulo Severino da Silva CPF: 700.153.934-51

Profissão: Recuso Endereço: Sítio Engenho Novo Número: 311 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Pedra de Fogo Estado: PB CEP: 58328-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 8198408-8428

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 92086 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vitima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: João Pessoa, 12/03/2019

Nome: Benedito Resende Borges de

CPF: 053.320.684-13

Benedito Resende B de Figueiredo

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Felipe Manoel F. de M. Pantoja

CPF: 04.717.834-92

Felipe Manoel F. de M. Pantoja

Assinatura

2ª | Nome: RENAN DE CARVALHO LIMA

CPF: 090.459.114-00

Renan de Carvalho Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (devidamente COMPREV)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a autenticidade do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Paulo Severino da Silva
DATA DO ACIDENTE 24/06/2018 CPF DA VÍTIMA 700.593.597-51
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA E Paulo Severino da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Engenho Novo I BAIRRO Área Rural
Nº 58 COMPLEMENTO Engenho Novo I CEP 58.000-000
CIDADE Pedras de Fogo PB UF PB TELEFONE (83) 98708 8728
E-MAIL

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA E RUBRICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM DATA 24/06/2019
() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• 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 12/03/2019

IDENTIDADE 3.736.085

ASSINATURA Ubaldo B. de Figueiredo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **012974074024**
80549442290
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA **1** PRT 20170000006492-5
0050851613-7 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
JUSSARA ARNAUD FERREIRA
RUA MANOEL ALVES CASADO 411 CS
CENTRO
58310000 CABEDELO-PB

00019212402 PLACA
NPV9961/PB

NOME ANTERIOR
ANIELLY CARNEIRO DE MOURA

PLACA ANT. DE NOVO PB 9C6KE1520D0134545

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CAPACIDADE 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR DO DOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : E3G9E-134598 0

CABEDELO-PB LOCAL 19267 DATA 17/01/2017
52006



Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1152647944

PROIBIDO PLASTIFICAR

1152647944

NOME
FELTRE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA



DOC. NACIONAL / RG / CPF
2580771 ESP 98

CM
011.717.834-93 27/03/1982

FILIAÇÃO
JULIO DE MEDEIROS
PAIVA
MARIA DE LOURDES FORMI
GA DE MEDEIROS PAIVA

PERMISSÃO
[Hatched box]

ACC
[Hatched box]

CE/PA
AB

Nº REGISTRO
01349023994

VALIDADE
29/07/2020

1ª VENCIMENTO
13/07/2000

OBSERVAÇÕES



Felipe Manoel F. de M. Paiva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
20/07/2015

Aristeu Chaves Sousa
Assinatura do Emissor

06711326614
PB031087132

DETRAN-PB (PARAIBA)



**FELIPE**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOIFATURA DE
MAR/2019
CÓDIGO MINHA OI
401277278620VENCIMENTO
20/03/2019
Emissão em 08/03/2019
Período de 03/02/2019 a 03/03/2019PAGAR (R\$)
89,28CTC RECIFE PE PL7
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA
RUA DEPUTADO AMERICO MAIA 104 CA
JAGUARIBE
58015-240 - JOAO PESSOA - PB

12 MAR 2019

COMPREV



7200034896 00000 000000000000 10 050319

**QUE TAL
FALAR COM A
GENTE PELO
WHATSAPP?**Adicione o Assistente
Virtual da Oi: (31) 3131 3131.
Um jeito rápido e fácil de
receber informações da
sua conta.

MUDE PRA CONTA ONLINE.



SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS	83,68
OI MÓVEL	
+ Pacotes Adicionais do Móvel	3,80
TOTAL DE MENSALIDADES	87,48
Multa e Juros	1,82
TOTAL DA SUA FATURA	89,28

FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA
CPF: 011.717.834-83
NÚMERO DO CLIENTE: 2907210100
NÚMERO DA FATURA: 130056208
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401277278620CÓDIGO MINHA OI
401277278620www.oi.com.br/MinhaOICadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Mar 2019	89,28
Fev 2019	86,59
Jan 2019	86,65
Dez 2018	86,77
Nov 2018	86,71
Out 2018	86,71

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata diu. Suspensão do serviço. Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa). 30 dias após a Suspensão Total.

Scanned with CamScanner





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

1138162

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

UBERLANDIA ROSENDO BORGES DE FIGUEIREDO
RUA DES JULIO RIQUE FILHO, 51 - MANGABEIRA JOAO
PESSOA PB 58058-236

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.082.115.0118.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
V.12N.0112.01	08/12/2012	LADEI AC	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (M3) / NÚM DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA
1577 / 1577 / 22 / 31 / 18/03/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT./ QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

JAN/2019	19	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	21	TURBIDEZ	268	268	266
NOV/2018	28	CLORO	268	268	268
OUT/2018	22	COL. TERMIOT	0	0	0
SET/2018	21	COR	73	73	72
AGO/2018	21	COL. TOTAIS	268	268	268
MEDIA(10)	22	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8610-8

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

Yberlândia Rosendo B. de Siqueira

ASSINATURA DO TITULAR

B629-042773

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Scanned with CamScanner

