

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Terezinha Ricardo da Conceição

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 061852504-31, com

domicílio na cidade de Sobradinho, no Estado de

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

Sítio Lordeiro, Zona Rural., nº 511,

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

_____ é de minha propriedade na data do acidente ocorrido em _____

Wallison Rosendo Ferreira

Wallison Rosendo Ferreira

Veículo: motocicleta Honda Air Blade

Modelo: Honda 150 500cc

Ano: 2009

Placa: NEA 9901PB

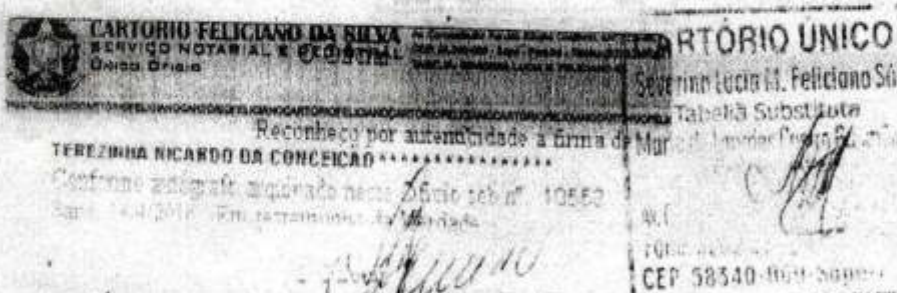
Chassi: 9C2RC56209R022020

Data do Acidente: 24/10/2016

Local e Data: Joo Pessoa, 20 de maio de 2016

* Terezinha Ricardo da Conceição
Assinatura do Declarante

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



Tribunal de Justiça/PB
Selo de Fiscalização
Nº _____



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wallison Rosendo Ferreira

DATA DE NASCIMENTO 04/08/97

NOME DA MÃE Olinelma Rosendo Costa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 93049

BOLETIM DE ENTRADA N.º 895551

DOCUMENTO 5 *T5%

DATA DO ATENDIMENTO 24/01/16



HORA DO ATENDIMENTO 16:31

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano

CID 10 S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sem capacete, nega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio.

RX pé D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: pequena contusão temporal esquerda.

RX: normal.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano.

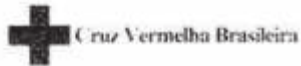
ALTA HOSPITALAR: 31/01/16

DATA DA EMISSÃO: 28/04/16



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

Nome: <u>WALLISON ANDREAS PEREIRA</u>		N de BE: <u>29 55 51</u>	
Idade: <u>43</u>	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>PCN</u>	Enf: <u></u> Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>24/1/16</u>		Alta: <u>31.1.16</u>	Tempo de Permanência: <u></u>
Diagnóstico de Internação: <u>TCE</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>TCE (Paciente Contusivo)</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>Fra 4 com fratura</u>			
Principais exames: <u>Crânio: Aberto, Cerebros</u> <u>Fratura de Cerebros</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() A revelia()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente Alta Assistida</u> <u>em 15/1/16 sem sequelas</u>			
Dieta: <u>Leve</u> Orientações Pós Alta			
Repouso: Relativo em casa por, <u>3</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>3</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>3</u> dias e com maior em, <u>3</u> 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: <u>Amoxicilina 500mg 3x12h</u> <u>Marcos Astum no Hospital - Htop</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u>31 de 1 de 16</u> para retirada de ponto. Ao ambulatório <u>31 de 1 de 16</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>31 de 1 de 16</u>			
Ass. Médico/CRM <u>Dr. Ricardo R. Carvalho</u> <u>Neurocirurgia</u> <u>CRM - 6628</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 895551



Identificação do paciente

ID 994145	Nome WALLISON ROSENDO FERREIRA	Sexo Masculino
Data de nascimento 04/08/1997	Idade 18 anos 5 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Religião CATOLICA	Prontuário	
Mãe OLINELMA ROSENDO COSTA	Pai CLAUDIO INACIO FERREIRA	
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) OLINELMA ROSENDO COSTA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993269543	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3996820	Nº Cns 165730785790009
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58342000	Município de residência SOBRADO	UF PB	Logradouro CORDEIRO
Número SN	Complemento	Bairro AREA RURAL	

Admissão

Data e Hora Prevista 24/01/2016 16:31:12	Número de pulseiras 1060004677795	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

24/01/16 NCA
(20:50)
Acidente de moto.

Diagnóstico

sem lesões 25 15:00

Atendido por

ANA RENNATA DE MEDEIROS NOBREGA

em pronto

Imprimir

24/01/2016

Dr. Ricardo K. Carvalho
Neurocirurgia
CRM - 6623

Col. CT Domo →
ANALGESIA

PEQUENA HEMORRAGIA
CORTEJADA E
SUCEDIDA 26 CURTOS (MINIMA)

CD. OBSERVADOS 12h

24/01/2016 16:33

Nº 10322
25.01.16

Articul. metacarpal
sem exposto!

Mezore 15

TCC - regular
coluna T - L

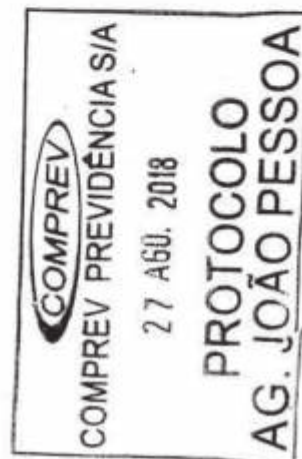
c/ compressão

+ Anterior

lesão de

região.

Dr. Mauro Guedes
Neurocirurgião
CRM 10322/2016



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: CONDEZINHO
N. SN - ARRA RURAL
SOBRADO
FONE: ()
CELULAR: (63) 997269543
IDADE: 16
DT ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de trânsito
em moto. Não perdeu o controle
e os membros. Lesões que no momento
estão sendo descrito do tipo aberto.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 ABL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Patérvias ☐ Obstruídas

AÉREAS ☒ Patérvias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

RUÍDOS

HTD: ☐ sim
☐ Não

Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS ☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: NON

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Entorregente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

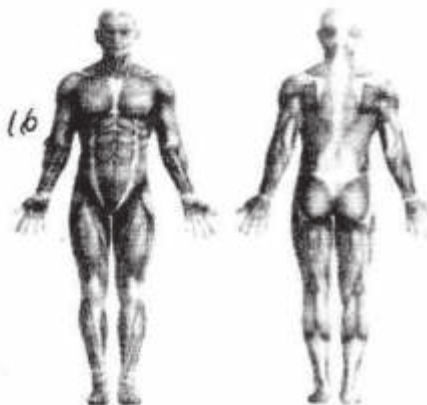
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado: →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorrágia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--|-------------------------|
| ☒ Radiografias | () Lavado peritoneal |
| () Ultrassonografia (FAST) | () Gasometria arterial |
| () Tomografia computadorizada | () Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 Atend. em UTI		
2 CRP 1000 mg EV		
3 Propofol 2ml + AP EV		
4 Propofol 100mg + 100ml SF EV		
5 Curativo e limpeza		
6		
7 Propofol 100mg		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ~~DR. RICARDO L. CARVALHO~~ **DR. RICARDO L. CARVALHO** às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da **DR. RICARDO L. CARVALHO** às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BE/F

END. LINDOIRING
N. 50 - AREA RURAL
SOBRADO
FONE: 11
CELULAR: (021) 52178943
CIDADE: AR
DT. ENTRADA

Nome do paciente

COMPREV PREVIDÊNCIA
77 214
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
24/01/16		<u># Bulimorix facial #</u> Pete urina e oculto de noite, quantal a expa fri. Fec em supracili (1). Sem dor e fust facil. af: (1) Hto 3mt. (2) As unil d cyp <i>[Signature]</i> <i>[Stamp: Sílvia de M. M. Alves, Cirurgiã Maxilo-Facial, CRP-FG: 4072]</i> <u>ORNO</u> amb x unil, de es. Perma + p.p. - estom. em Am. pulsoz (4) No perma + No p.p. <i>[Stamp: Roberto Pires de Almeida, Ortopedia / Traumatologia, Cirurgião do Joelho, CRM-OR 7116 - 2007 18401]</i>

Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Wallison Rosendo Ferreira é portador do CID : S 06.8 apresentando cefaléia , acompanhado de leve alteração cognitiva proveniente de seqüela ocasionado por acidente de motocicleta.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

-C.R.M : 8.742

01-10-2018

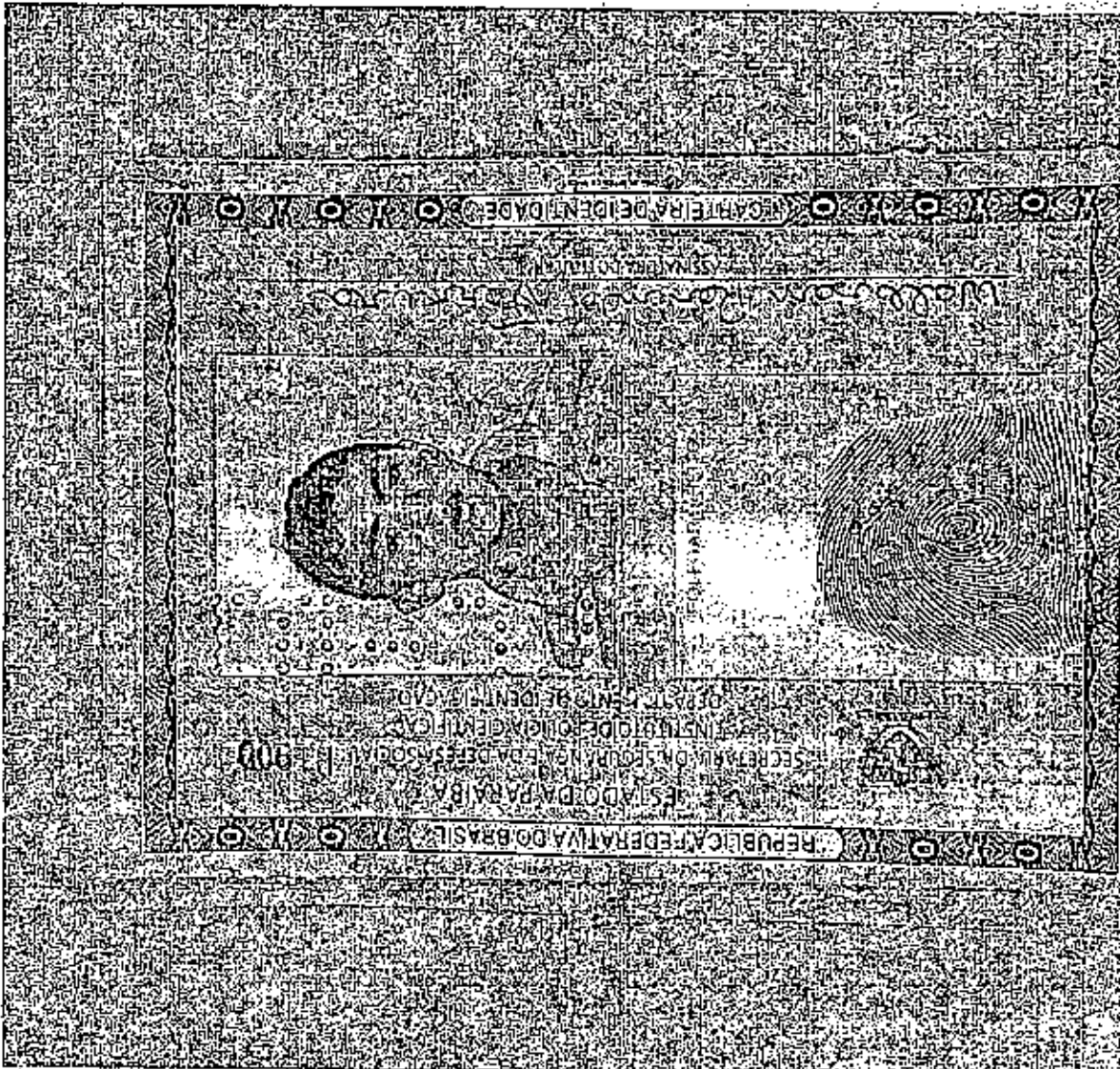
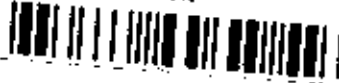


Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-000

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

DOCUMENTO 6 *T696*



961b08913c065858be75cbb344e93c109

Marcos Aurelio Vidal
14 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 3.996.820 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2011

NOME: WALLISON ROSENDO FERREIRA

PAI: CLAUDIO INACIO FERREIRA

MÃE: GENEILMA ROSENDO COSTA

NATURALIDADE: PB DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1997

SAPE: PB DOG: ORIGEM: NASCIM: 11727 ELS: 219-1119-195

CARTÓRIO: SOBRADO - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

VALIDA EM 20/08/2011

4898abcc641b011x0d8565616d30eb1p9

20/08/2011

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2015

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.171.654-54

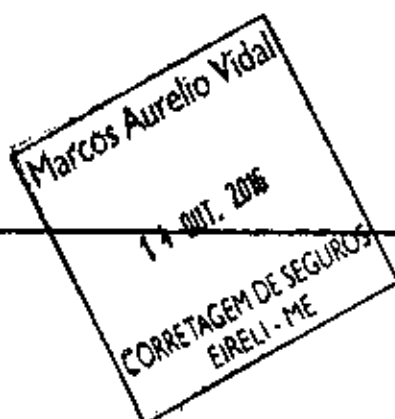
Nome

WALLISON ROSENDO FERREIRA

Nascimento

04/08/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.1771.654-54

Nome

WALLISON ROSENDO FERREIRA

Nascimento

04/08/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO
FEB. 2007

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE RESERVA
07 FEV. 2013
PROTOCOLO
ACUSAO PESSOA

REGISTRO
GERAL

3.996.820

DATA DE
EXPECIA

28/09/2011

NOME

WALLISON ROSENDO FERREIRA

FILIAÇÃO

CLAUDIO INACIO FERREIRA
OLINELMA ROSENDO COSTA

NATURALIDADE

SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO

04/08/1997

DOC ORIGEM

NASC. N. 17727 FLS. 219 LIVRA-18
CARTORIO SOBRADO-PB

CPE

ASSINATURA DO DETON

DOCUMENTO 7 'T76'



Marcos Aurelio Vidai
14 OUT. 2015
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011755490899
0018034790-0, 00/00000000 2014

TEREZINHA RICARDO DA CONCEIÇÃO

06185250411 NQA4970/PB

NOVO PB 9C2KC16209R022020

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN MIXES 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 10/02/2015
PAGA IPVA PRORATEAMENTO COTAS

SEGURO P A G O 10/02/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

SOBRADO-PB LOCAL
14346 13870

SEGURO OBSERVANDO SEGUROS PESSOAS E VEICULOS POR TERCEIROS
ANTONOTORES DE VIA TERRESTRE E MOTO BICICLO
TRANSPORTADORA DE TACAS DE SEGURO DPVAT

PB Nº 011755490899 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

2014 10/02/2015

06185250411 NQA4970/PB

00180347900 HONDA/CG 150 TITAN MIXES

2009 9C2KC16209R022020

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPV 083488080001-04

www.seguradora Lider.com.br

13870-1554160-20150210

DECLARAÇÃO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

DOCUMENTO 8 "T8%"



Eu, Wallisson Raimundo Ferreira, portador
do RG: 3.996.820, e CPF: 733.373.654-54,
declaro para os devidos fins que na ocasião do acidente automobilístico do qual fui vítima
fui socorrido ao Hospital por Populares.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 25 de Abril de 2016.

REQUERENTE: Wallisson Raimundo Ferreira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397246 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397246 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE
FCC supercílio
Trauma na perna D

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE :24-01-2016.

AO EXAME: PACIENTE CONSCIENTE , FALANDO ARRASTADO , COM QUEIXA DE CEFALÉIA , CONVULSÃO (2 X POR SEMANA) , FAZ USO DE HIDANTAL 2 X POR DIA .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA 31-01-2016 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL .

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido ao distúrbio de fala, equivalente epiléptico. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397246 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE
FCC supercílio
Trauma na perna D

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE :24-01-2016.

AO EXAME: PACIENTE CONSCIENTE , FALANDO ARRASTADO , COM QUEIXA DE CEFALÉIA , CONVULSÃO (2 X POR SEMANA) , FAZ USO DE HIDANTAL 2 X POR DIA .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA 31-01-2016 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL .

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido ao distúrbio de fala, equivalente epiléptico. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT, 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

OUTORGANTE:

Nome: Wallison Rosendo Ferreira

nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Identidade: 3.996.820

CPF: 733.171.654-54

Endereço: Sítio Condor

61n

Área Rural Sobrado

Paraíba

CEP: 58348-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado

Profissão: Administrador

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 25 de Abril de 2016.

* Wallison Rosendo Ferreira



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
ÚNICO OFÍCIO

Av. Conde de Paraty, 100 - Centro, 51011-000
CEP: 51011-000 - Recife - Pernambuco (51) 3255-2244
TABELA: CATEGORIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO



Tribunal de Justiça/PB
Selo de Fiscalização
Nº ADP 24704-41N3

Reconheço por autenticidade a firma de

WALLISON ROSENDO FERREIRA

Conforme autógrafo arquivado neste Ofício sob nº 25321
Sapé, 14/4/2016. Em testemunho da verdade.

[Handwritten signature]



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T11"



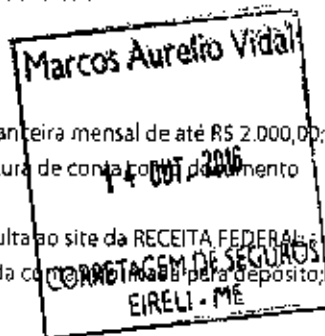
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wallison Bezerra Ferreira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.996.820 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/09/2016 E
 CPF 743374654-54 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wallison Bezerra Ferreira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

Yedson Pessoa 25 de Abril de 2016 Wallison Bezerra Ferreira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

443.171.654-54

Nome completo da vítima

Wallison Roberto Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wallison Roberto Ferreira		CPF titular da conta 443.171.654-54	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Cordeiro		Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Sobrado	Estado Paraná	CEP 58000-000
Email Wallison.DPVAT@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99100-5604	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)					
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 0922 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 01300096488 (Informar dígito se existir)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Assinatura de Wallison Roberto Ferreira de 24 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura de Wallison Roberto Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Wallison Roberto Ferreira

CPF da Vítima

143.341.654-54

Data do Acidente

24/01/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pereira 24 de Janeiro de 2018
Local e Data

Wallison Roberto Ferreira

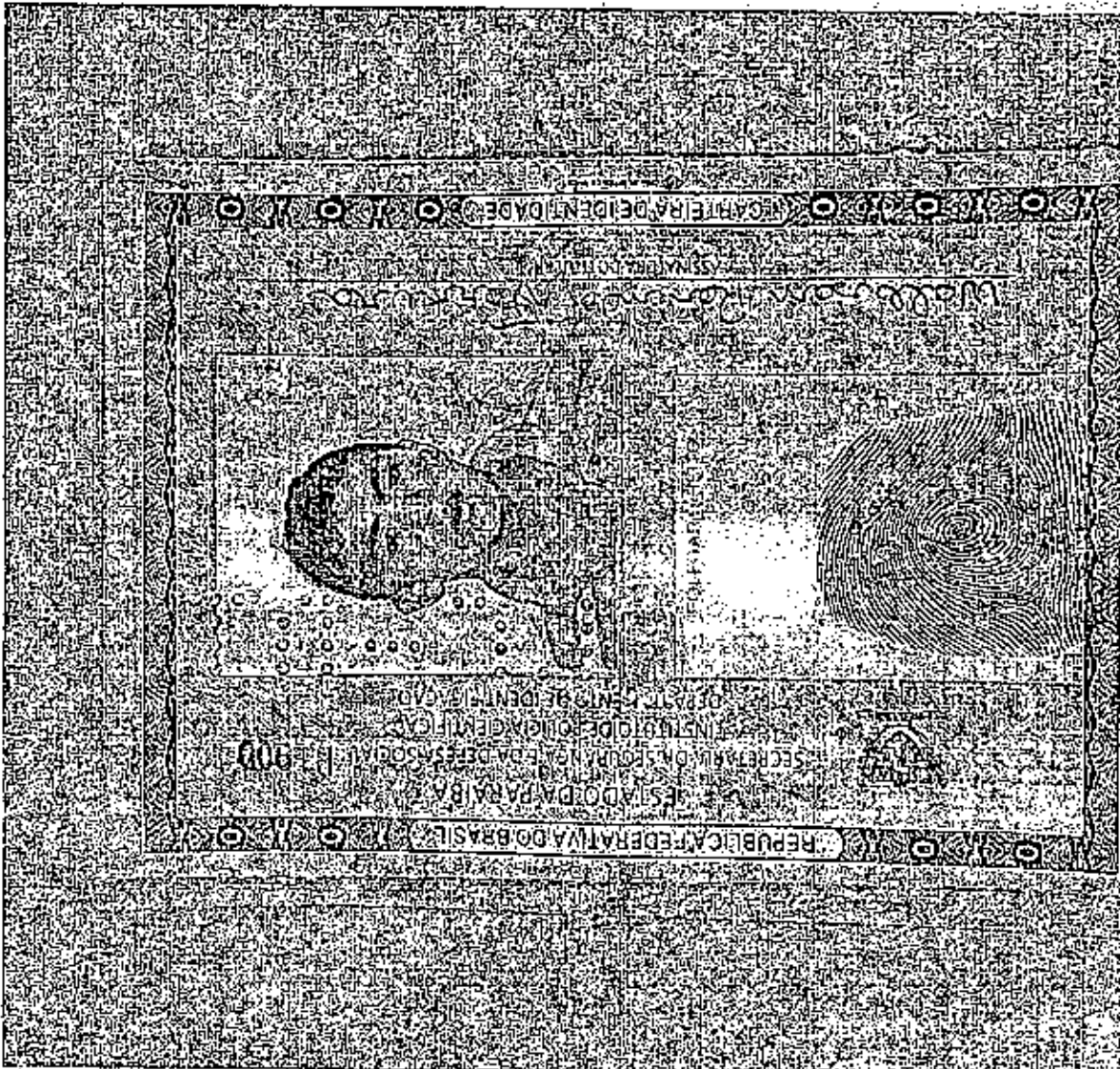
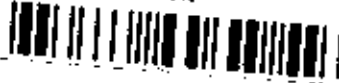
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Atto Declaratório

Nome: <i>Waldemar Antonio Ramos</i>		N de BE: <i>38 55 51</i>	
Idade: <i>73</i>	Sexo: <i>M</i>	Clinica: <i>PC</i>	Enf.: <i></i>
Data de admissão: <i>24/1/16</i>		Alta: <i>31.1.16</i>	Tempo de Permanência: <i></i>
Diagnóstico de Internação: <i>TCE</i>			
Diagnóstico Definitivo: <i>TCE / Graveso contusão parietal</i>			
Diagnóstico Secundário: <i>F23 - 4 com agitação</i>			
Principais exames: <i>CE cranio - fratura com int fratura de costela</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Integração: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () A Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Acab. Alta Assintomática Curado 15/ sem dilação</i>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <i>Leve</i>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <i></i> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <i></i> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <i></i> dias e com maior em, <i></i> 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: <i>Flunar 100mg 8/8h</i>			
<i>Marcos Antonio no Hospital 14506</i>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <i></i> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <i></i> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <i>31</i> de <i>1</i> de <i>16</i>			
Ass. Médico/CRM <i>Dr. Ricardo R. Carvalho</i> <i>Neurologia</i> <i>14506</i>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

DOCUMENTO 6 *T696*



961db8913c065858b75cbb344e93c109

Marcos Aurelio Vidal
 14 OUT. 2016
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 3.996.820 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2011

NOME: WALLISON ROSENDO FERREIRA

PAI: CLAUDIO INACIO FERREIRA

MÃE: GENEILMA ROSENDO COSTA

NATURALIDADE: PB DATA DE NASCIMENTO: 04/08/1997

SAPE: PB DOG: ORIGEM: NASCIM: 11727 ELS: 219-11195

CARTÓRIO: SOBRADO - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

VALIDA EM 2016 DE 20/08/2011

4898abcc641b011x0d8568a5616d30eb1p9

20/09/2016

Marcos Aurelio Vidal

14 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.171.654-54

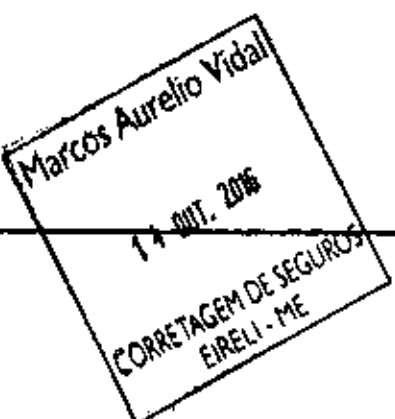
Nome

WALLISON ROSENDO FERREIRA

Nascimento

04/08/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
713.171.654-54

Nome
WALLISON ROSENDO FERREIRA

Nascimento
04/08/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

07.FEV. 2009
PROTOCOLO



07.FEV. 2009
PROTOCOLO
AC. PESS. FÍSICA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQA4970

2015

TEREZINHA RICAR

Imprimir Consulta

NQA4970

Último Licenciamento: **2015**
 Proprietário: **TEREZINHA RICAR**
 Placa: **NQA4970**
 Combustível: **ALCO/GASOL**
 Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIXES**
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
 Ano de Fabricação: **2009**
 Ano Modelo: **2009**
 Categoria: **PARTICULAR**
 Cor Predominante: **VERMELHA**
 Vencimento Licenciamento: **28/12/2018**
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: **SOBRADO**
 Situação: **EM CIRCULACAO**
 Data da Consulta: **24/01/2018**

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN MIXES

2009 2009

PARTICULAR VERMELHA

28/12/2018

SOBRADO

24/01/2018



**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.

Número do Sinistro: **3180397246**

Nome do(a) Examinado(a): **WALLISON ROSENDO FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO CORDEIRO, S/N - AREA RURAL - Sobrado - PB - CEP 58342-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3996820**

Data e local do acidente: [**24/01/2016**] **SOBRADO -PB**

Data e local do exame: [**25/10/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FCC supercílio Trauma na perna D

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE :24-01-2016 AO EXAME: PACIENTE CONSCIENTE ,FALANDO ARRASTADO ,COM QUEIXA DE CEFALÉIA ,CONVULSÃO (2 X POR SEMANA),FAZ USO DE HIDANTAL 2 X POR DIA .

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

ALTA 31-01-2016 E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LESÃO NEUROLÓGICA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Wallison Bezerra Ferreira

nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil: Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 3 996 820 CPF: 733.173.654-54

Endereço: Sítio Gerdino, Sítio
Arrua Rural Sobrado, Paraíba, CEP: 58348-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado

Profissão: Administrador

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio

SEGUROADORA LIDER

Obrigatorio - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 25 de Abril de 2016.

x Wallison Bezerra Ferreira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
ÚNICO OFÍCIO

Av. Capistrano de Albuquerque, 1000, 1º andar
CEP 58.036-460 - Bessa - Paraíba - Telefone: (33) 3334.1111
TABELA: 01/2014 - LÍQUIDAÇÃO: 01/2014

CARTÓRIO ÚNICO
Danilo de Araújo Nobre Leite

Tribunal de Justiça/PB
Selo de Fiscalização

Nº

Original autografado e guardado neste Cartório sob nº 1552
Data: 04/04/2016 Em testemunho da verdade

Danilo de Araújo Nobre Leite

Wallison Bezerra Ferreira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314149/18

Número do Sinistro: 3180397246

Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA

CPF: 713.171.654-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 24/01/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALLISON ROSENDO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

WALLISON ROSENDO FERREIRA : 713.171.654-54

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314149/18

Número do Sinistro: 3180397246

Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA

CPF: 713.171.654-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/01/2016

Titular do CPF: WALLISON ROSENDO
FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180397246 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLISON ROSENDO FERREIRA **Data do acidente:** 24/01/2016 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180397246**

Vitima: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**

Data do Acidente: **24/01/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397246**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13313619



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**
Nº Sinistro: **3180397246**
Vitima: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**
Data do Acidente: **24/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180397246**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**
Nº Sinistro: **3180397246**
Vitima: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**
Data do Acidente: **24/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180397246**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**

Sinistro: **3180397246**
Vítima: **WALLISON ROSENDO FERREIRA**
Data do Acidente: **24/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180397246** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

443.171.654-54

Nome completo da vítima

Wallison Roberto Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wallison Roberto Ferreira		CPF titular da conta 443.171.654-54	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Cordeiro		Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Sobrado	Estado Paraná	CEP 58000-000
Email Nobre.dpvat@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99100-5604	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0922 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 01300096488 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRO. _____		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Assinatura de Wallison Roberto Ferreira de 24 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura de Wallison Roberto Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 725/2016.

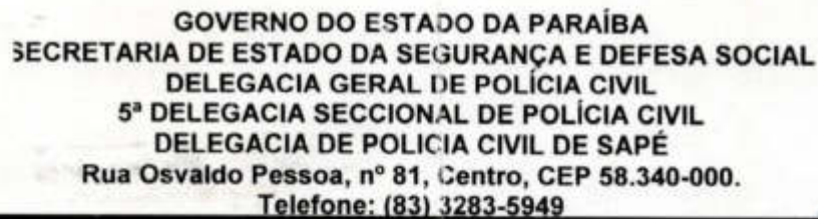
Aos dezenove dias do mês de Maio, do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 14:35 hs, compareceu WALLISON ROSENDO FERREIRA, RG; 3996820-SSP/PB., brasileiro, solteiro, natural de Sapé/PB. 18 anos, nascido em 04/08/1997, agricultor, filho de Cádio Irácio Ferreira e Olinelma Rosendo Costa, alfabetizado, residente no sítio Cordeiro/Sobrado/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** Quando conduzia a moto Honda CG, 150, Titan, vermelha, ano /modelo 2009, chassi 9C2KC16209R022020, em nome de Terezinha Ricardo da Conceição, avô do noticioso, quando ao entrar no posto novo, sentido João Pessoa, perto de Anta do Sono, quando uma moto também entrou à sua direita, colidindo na lateral direita da mesma, tendo ambos os condutores caído ao solo, sendo socorrido, para o hospital de Trauma, onde foi medicado, segundo Laudo expedido pelo citado hospital, de Prontuário nº 93049, fato ocorrido dia 24/1/2016, por volta das 15:00 hs. Era o que tinha a notificar. O referido é verdade. Dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

WALLISON ROSENDO FERREIRA

DECLARANTE

Ad-Hoc Iran Chaves



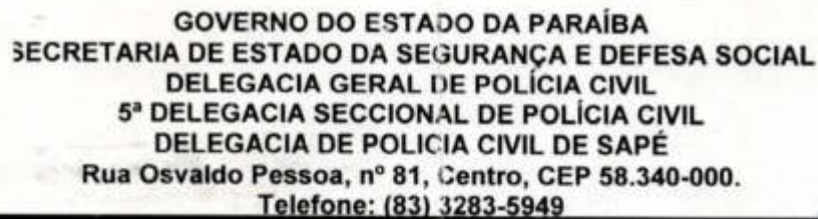


REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 725/2016.

Wallison Rorundo Ferreira

Escritório





REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 725/2016.

Wallison Rorundo Ferreira

DECLARANTE

Escritório





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wollisson Roberto Ferreira, portador
da carteira de identidade nº 3.996.820 e inscrito no CPF/MF sob o nº
733.171.654-54, residente e domiciliado na Sítio Condino,
5/n, Area Rural., e
Cidade Sobrado, Estado Paraíba, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

* Wollisson Roberto Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 25 de Abril 2016
Local e data





ATO DECLATORIO

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

10

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wallison Rosendo Ferreira
DATA DE NASCIMENTO 04/08/97
NOME DA MÃE Olinelma Rosendo Costa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 93049
BOLETIM DE ENTRADA N.º 895551
DATA DO ATENDIMENTO 24/01/16
HORA DO ATENDIMENTO 16:31

DOCUMENTO 2 "T29"



MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano
CID 10 S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sem capacete, nega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio.
RX pé D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: pequena contusão temporal esquerda.
RX: normal.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano.

ALTA HOSPITALAR: 31/01/16
DATA DA EMISSÃO: 28/04/16

Marcos Aurelio Vidal
14 OUT. 2015
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

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

443.171.654-54

Nome completo da vítima

Wallison Roberto Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wallison Roberto Ferreira		CPF titular da conta 443.171.654-54	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Cordeiro		Número 311	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Sobrado	Estado Paraná	CEP 58000-000
Email Nobre.dpvat@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99100-5604	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0922 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 01300096488 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRO. _____		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

João Ferreira 24 de Janeiro de 2018
Local e Data

Wallison Roberto Ferreira

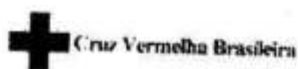
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO LEONARDO

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perfor

ruo + BME

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 895551



Identificação do paciente

ID 994145	Nome WALLISON ROSENDO FERREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/08/1997	Idade 18 anos 5 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe OLINELMA ROSENDO COSTA	Pai CLAUDIO INACIO FERREIRA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) OLINELMA ROSENDO COSTA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993289543	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3996820	Nº Cns 165730755790009		
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPÉ)	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R		

Endereço

CEP 58342000	Município de residência SOBRADO	UF PB	Logradouro CORDEIRO
Número SN	Complemento	Bairro AREA RURAL	

Admissão

Data e Hora Prevista 24/01/2016 16:31:12	Número da pulseira 1000004677795	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	TEMPERATURA
----	---	------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos	24/01/16 NCA	PROTÓCOLO	29.07
----------------	--------------	-----------	-------

Diagnóstico	Acidente de moto.	AG: JOÃO PESSOA
-------------	-------------------	-----------------

Atendido por	ANA RENNATA DE MEDEIROS NOBREGA	CID
--------------	---------------------------------	-----

Tempo	03min 59seg
-------	-------------

Imprimir	24/01/2016
----------	------------

Dr. Ricardo R. Carvalho	Neurocirurgia	6620
-------------------------	---------------	------

Col: CT Otimizado	ANALGESIA	PEQUENA HEMORRAGIA	CAUSAL TRAUMA E	SUGESTIVO DE CURSOS (MINIMA)
-------------------	-----------	--------------------	-----------------	------------------------------

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLISON ROSENDO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000026488-6

Nr. da Autenticação 4454556BE68FBEA5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wallison Rosendo Ferreira

RG nº 3.996.820 data de expedição 28/09/2011 Órgão SSP/PB
 CPF nº 733.371.694-54 venho perante a este instrumento
 declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro
 que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>bitão Cordeiro</u>
Número	<u>5/n</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Sobrado</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58348-000</u>
Telefone de contato	<u>3566-4618 / (83) 99811-5088</u>
E-mail	<u>Nobre.Futuro5g@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25 de Abril de 2016.Assinatura do Declarante: x Wallison Rosendo Ferreira

[illegible][illegible]

Modelo F2024/Curado de Emergência Elétrica NUNO BAS 844
Código para Distribuição: 0001330642

Canal de costat

Tenda S. Lucas de Emprego Bencito - Tenda localizada pela Lei nº 10.433, de 26 de abril de 2002

Data prevista da próxima leitura

14/04/2016

CPF/ CNPJ/ R.A.N.

05/04/2015

Fatura em atraso

FOR APPLS OF THE
COUNCIL OF THE
SECRETARY

Historico de Consumo

LARRY MOORE, 105 E. BERING DR.
 JUNO BEACH, WYOMING 82431
 307-233-3316
 ATTORNEY GENERAL
 CHARLES J. E. DUBOIS

AT: 204 0206, 100 NCHET, 237A 07201; E
Cov: 204 0206, 100 NCHET, 237A 07201; E

$\frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2}$

Marcos Aurelio Vidal
 14 OUT. 2015
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

DOCUMENTO 1 *T196*



Página 1 de 2

Tim Celular S.A. - Rua da Paraíba, 100 - 5º andar - Joazeiro - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-00 - I.E.: 16.143.685-0

Endereço Fiscal

R. Bacharel Irenaldo de Albuquerque Chaves, 201 - Sala 208
Aeroclube - João Pessoa - PB
58036-460

Cliente: 148364795019
CPF: 010.010.010-01

Endereço: 02041-010 - Joazeiro - PB
R. Bacharel Irenaldo de Albuquerque Chaves, 201 - Sala 208
Aeroclube - João Pessoa - PB - 58036-460
Número da Fatura: 148364795019 - CFOP: 5307
Número da Fatura: 148364795019

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

R. BACHAREL IRENALDO DE ALBUQUERQUE CHAVES, 201 - SALA 208
AEROCUBE
JOAO PESSOA - PB
58036-460

Endereço Fiscal

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
R. BACHAREL IRENALDO DE ALBUQUERQUE CHAVES, 201 - SALA 208
AEROCUBE - JOAO PESSOA - PB - 58036-460

VENCIMENTO

20/04/16

VALOR

R\$ 30,60

A partir de 29 de maio de 2016, os números celulares dos DDDs 61, 62, 64, 63, 65, 66, 67, 68, 69 passarão a ter 9 dígitos. Será acrescentado o dígito "9" antes do número atual, passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nondigito.

Quantidade de Acessos: 0

	QUANTIDADE	DURAÇÃO/VOLUME	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
01 OUTROS CREDITOS/DÉBITOS					
02 Desconto: Migração Liberty Controle	1	Parcela 8/9	30%	3,65%	30,60
03 Franquia: outras chamadas/serviços - 83998115088 (CDS/POS/SMP)	1		30%	3,65%	30,00
04 Franquia Liberty Controle: (TIM-TIM) - 83998115088 (CDS/POS/SMP)	1		30%	3,65%	27,90
05 Desconto: Migração Liberty Controle	1				3,11
06 MULTAS - VENC. 20/04/16, PAGAMENTO 05/05/16	1			2,65%	0,59
07 TOTAL TIM					30,60

Reservado ao Fisco: 9DCFE71F39053195AFB5F0DC71759E4A



IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR FISCAL	RS 0,21
ICMS	30%	R\$ 29,90	R\$ 8,97	FUNTEI R\$ 0,10
PIS/COFINS - Serviços de Telecom		R\$ 30,00	R\$ 1,10	
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom		R\$ 0,00	R\$ 0,00	
PIS/COFINS - Total		R\$ 30,49	R\$ 1,10	

Dúvidas na fatura? Acesse Entenda sua Conta na Área Exclusiva do site www.tim.com.br

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUNTEI (PIS e FUNFINS - 0,5%) não são repassadas às tarifas.

Central de Atendimento TIM: 1056

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

TIM Celular S.A.

NOME DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

14836479501-9

MÊS DE REFERÊNCIA

ABR / 16

DATA DE EMISSÃO

02/04/16

DATA DE VENCIMENTO

20/04/16

VALOR

R\$ 30,60

04.206.050/0085-00 04.206.050/0085-00 04.206.050/0085-00 04.206.050/0085-00



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 000.690.167



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

OLINELMA ROSENDO COSTA
SIT CORDEIRO S/N
SOBRADO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1136054-2

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

16/01/2018

CONSUMO

113

VENCIMENTO

23/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,96

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

OLINELMA ROSENDO COSTA

Rotelro: 09-264-779-2750

83650000000-2 61960954000-6 11360542018-2 01000264019-0

VENCIMENTO

23/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,96

MATRÍCULA

1136054-2018-01-0



(83) 3566-4618
(83) 99811-5088
(83) 99100-5604

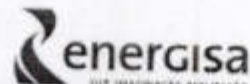


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - N° 001.167.734



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

NOV/2017

APRESENTAÇÃO

27/11/2017

CONSUMO

170

VENCIMENTO

04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83640000003-7 48970149000-0 10823142017-6 11300000019-5

VENCIMENTO

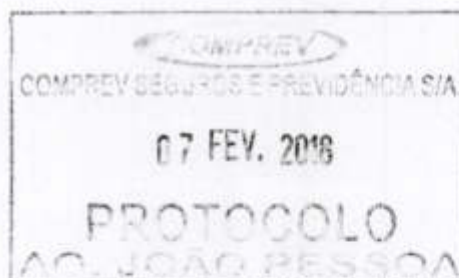
04/12/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 348,97

MATRÍCULA

1082314-2017- 11-3



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 000.690.167



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

OLINELMA ROSENDO COSTA
SIT CORDEIRO S/N
SOBRADO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1136054-2

REFERÊNCIA

JAN/2018

APRESENTAÇÃO

16/01/2018

CONSUMO

113

VENCIMENTO

23/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,96

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

OLINELMA ROSENDO COSTA

Rotelro: 09-264-779-2750

83650000000-2 61960954000-6 11360542018-2 01000264019-0

VENCIMENTO

23/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,96

MATRÍCULA

1136054-2018-01-0



(83) 3566-4618
(83) 99811-5088
(83) 99100-5604



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-605
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 011.123.327

DADOS DO CLIENTE

OLINELMA ROSENDO COSTA
SIT CORDERO SN
SOBRADO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1136054-2

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

17/08/2018

CONSUMO

94

VENCIMENTO

24/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,47

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

OLINELMA ROSENDO COSTA

Rotelro: 09-264-779-2750

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/09/2018

VENCIMENTO

24/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,47

MATRÍCULA

1136054-2018-08-5





DECLARAÇÃO

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniel de Araújo Norne Leite, portador(a) do

RG nº 1929439, expedido por SSP/PB, em

07/01/2010, CPF/CNPJ nº 021.762.184-31,

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

ROSENDO FERREIRA do sinistro de DPVAT da natureza INDIVÍDUO

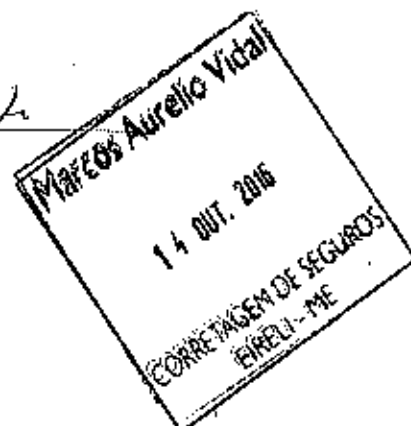
da vítima WALLISON ROSENDO FERREIRA, e conforme

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

Profissão: ADMINISTRADOR Renda Mensal: R\$ Zero

Documentos comprobatórios: NO POSSUI

Daniel de Araújo Norne Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domilo de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 021.462.164, 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wallison Rosendo Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.171.659 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Wallison Rosendo Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.171.659 / 54 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Deleiro Renda: Deleiro e apresento os documentos comprobatórios: Deleiro.

☒ 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	<u>Rua Francisco Leocádio, R. Leão, Curitiba</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>52 208</u>
Bairro	<u>Beira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>Nobre.Dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83)3566-4618</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83)99100-5607</u>

João Pessoa, 24 de Junho de 2018
Local e Data

Domilo de Araújo Nobre Leite
Assinatura do Declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domilo de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 021.462.164, 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wallison Rosendo Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.171.654/54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Wallison Rosendo Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.171.654/54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Deleiro Renda: Deleiro e apresento os documentos comprobatórios: Deleiro.

☒ 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	<u>Rua Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho</u>			Número	<u>201</u>	Complemento	<u>52 208</u>
Bairro	<u>Bomfim</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58036-450</u>
Email	<u>Nobre.Dpvat@gmail.com</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 3566-4618</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99100-5607</u>

João Pessoa, 24 de Junho de 2018
Local e Data

Domilo de Araújo Nobre Leite
Assinatura do Declarante



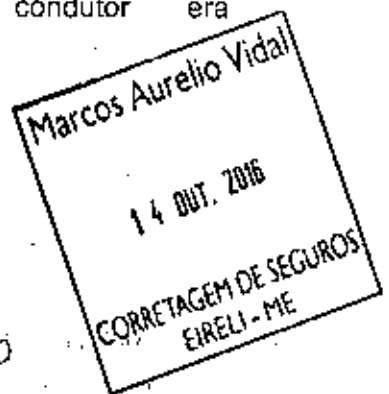
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Terezinha Ricardo da Conceição

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 061852504-31, comdomicílio na cidade de Sobrado, no Estado dePernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Sítio Cardeiro, nº 312,complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Wallison Ricardo Ferreira, cujo o condutor eraWallison Ricardo Ferreira.Veículo: HondaModelo: CG 150 Titan mixerAno: 2009Placa: NQA 9701PBChassi: 9C2RC36209R022020Data do Acidente: 24/10/2016Local e Data: Good Pizzas, 20 de Maio de 2016

Terezinha Ricardo da Conceição 
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
ÚNICO GRUPO

Av. Comendador Ruy de Azevedo, 400 - Jd. Santa Helena
CEP 58340-000 - Sapé - PB
TABELA: BEVERLY LUCIA EL FELICIANO SÁ

Reconheço por autenticidade a firma de

TEREZINHA RICARDO DA CONCEIÇÃO

Conforme autógrafo arquivado neste Ofício sob nº 10552
Sapé, 14/10/2016. Em testemunho da Verdade.

O Cartório



Tribunal de Justiça/PB
Selo de Fiscalização
Nº AD-24905-XC71

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Terezinha Ricardo da Conceição,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 061852504-11, com

domicílio na cidade de Sobrado, no Estado de

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

Sítio Lordeiro, Zona Rural. nº 511,

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

_____ é de minha propriedade na data do acidente ocorrido em _____

Wallison Rosendo Ferreira

Wallison Rosendo Ferreira

Veículo: motocicleta Honda 150

Modelo: CG 150 Titan Mix

Ano: 2009

Placa: NQA9901PB

Chassi: 9C2RC56209R022020

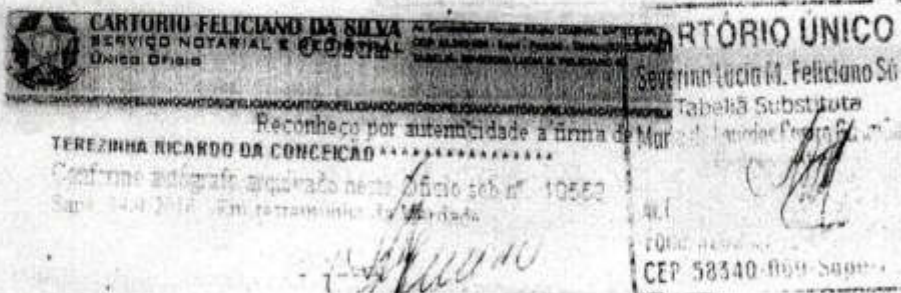
Data do Acidente: 24/10/2016

Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

* Terezinha Ricardo da Conceição

Assinatura do Declarante

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



Tribunal de Justiça/PB
Selo de Fiscalização

Nº _____