



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José do Nascimento Pontes
RG nº 547.866, data de expedição 16/03/90, Órgão SSP - PB,
portador do CPF nº 205.165.134-00, com Domicílio na
cidade de Araucama, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada): Setor Guaribas
nº 511, complemento, Rua, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Juanes Neuzenho de Pontes,
cujo o condutor era Juanes Neuzenho de Pontes

Veículo: Moto elétrica
Ano: 1999/1999
Modelo: BONDA 65 125 TITAN
Placa: MNB 3725
Chassi: 9C2JE250DXR152041
Data do acidente: 02/03/15

Local e data: Araucama - PB - 29/10/16



X Maria José N. Pontes
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



RECONHECO verdadeira Letra(s) e Firma(s)
por autenticidade de Maria José N. Pontes da firma da

Araucama, 29 de Fevereiro de 2016

Em Teste, Aracy da verdade
Aracy Martins de Sousa
TABELIÃO

SELO DIGITAL
AEU97859-KSVS
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JUAREZ MOURZINHA DE PONTES
DATA DO EXAME: 02.03.2015
RADIOGRAFIA DE MÃO

- Fratura com acentuados desvio e diástase na diáfise da falange distal do 3º dedo.

73

CG
CORRETORA
06 OUT. 2015
DPVAT/PB

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB 6481

Dr. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dr. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB 6485

Dr. Ramonil Miranda
CRM/PB 6220

Dr. Flávio Almeida
CRM/PB 6479

GOVERNO DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

07/03/15 19/03/15

Nome: Juarez Mourzinha de Pontes
 End.: St. Guarani Bairro: Acari
 Data de Nascimento: 09/03/41 Documento de Identificação: _____
 Queixa: Fratura Data do Atendimento: 02/03/15 Hora: _____ Documento: _____

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Ruim Aspecto: () Calmo () Focado do dor () Gemente
 Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
 Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
 Dosagem de HGT: _____ Mucosas: () Normalizada () Pálidas
 Deambulação () Livre () Cadeira de Rodas () Cama

Estratificação

- () Vermelho - Atendimento imediato
- () Amarelo - Atendimento até 1 hora
- () Verde - Atendimento até 04 horas
- () Azul - Atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

atopado

Trabalho 3. ODE

ED: Análises do

3.º Ano Nível JFD

CP: Regulação do
uso do computador

DTB ✓

Dr. Antônio Queiroz Neto
ENFERMEIRO
C.R. Nº 10.000/2004
C.R. Nº 10.000/2004

CG
CORRETORA
06 OUT. 2016
DPVAT/PB

MAR 2016 ED 10 M. 3.º ANO

9/16 17/16



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

07/12/2016 (25/60)

PROCEDIMENTO

PARCELA OBTORVA

TIPO DE ATENDIMENTO

CG

CORRETIVA

14 DEZ. 2016

DPVAT/PB

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

UNIDADE: 00002671 CNPJ: 08-778 266-0501-00
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
AV FLORIANO PEIXOTO, 4900 - PALMARENAS
CAMPINA GRANDE - PARAIBA - CEP: 57072-900

PACIENTE

Nome: ...
Data de Nascimento: ...
Sexo: ...
Endereço: ...
Cidade: ...
UF: ...
CEP: ...

RACA/COR

ANAMNESE E EXAME FISICO SUMARIO:

paciente com ...
anamnese ...
exame físico ...

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

DIAGNOSTICO CID

TAPAM ...

MEDICACAO

ENCAMINHAMENTO

SERVICOS REALIZADOS

07/12/2016 08:30h
Dr. ...

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) S(A)S-INCIDENTE(S) CARÁTER(S)

ASS. DO PACIENTE, ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL EM POLEGAR DIREITO

[Handwritten signature]

ASS. DO BEM-ESTAR TECNICO(CARÁTER)

-> em atendimento ...

PACIENTE: JUAREZ MOURZINHA DE PONTES
DATA DO EXAME: 02.03.2015
RADIOGRAFIA DE MÃO

- Fratura com desalinhamento e distância na diáfise da falange distal do 3º dedo.

73

CG
CORRETORA
14 DEZ. 2016
DPVAT/PB

Dr. André Luiz de Almeida
CRM: 6.710.481

Dr. Luiz Moura Rocha
CRM: 6.715.6435

Dr. Manoel Estevão
CRM: 6.715.6550

Dr. Rafael Marques
CRM: 6.715.6485

Dr. Alexandre Mendes
CRM: 6.715.6228

Dr. Renato de Azevedo
CRM: 6.715.6474

Ficha de Acolhimento

Nome: _____ Sobrenome: _____ Data de nascimento: _____
 Sexo: _____ Estado: _____ Cidade: _____
 Endereço completo: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____
 Ocupação: _____

Classificação de Risco

| | | | | | |
|----------------------|----------|-----------------|--------|--------|--------|
| Nível de consciência | Alerta | Asspeito | Calor | Alfalo | Alfalo |
| Resposta pupilar | Reage | Impulso | Normal | Normal | Normal |
| Reflexo de tosse | Presente | Tempo de reação | Normal | Normal | Normal |
| Reflexo de sucção | Presente | Tempo de reação | Normal | Normal | Normal |
| Reflexo de vômito | Presente | Tempo de reação | Normal | Normal | Normal |

Estratificação

- 1 - Ampla - Atendimento em 1 hora
- 2 - Restrita - Atendimento em 2 horas

Assinatura e carimbo do profissional

atipado

inciso 3º do DE

do Regulamento do

do Estado de São Paulo

do Regulamento do

do Regulamento do

DIA


The State of São Paulo
Secretaria de Estado de Administração
e Finanças

CG
CORRETORA
14 DEZ. 2016
DPVAT/PB

0012

Autenticação de segurança

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. P/49



ANALFABETO

ASSINATURA DE TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 594 752

DATA DE EXPIRAÇÃO 12 OUT 1990

NOME JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

José Mouzinho de Pontes

Maria Édite Mouzinho de Pontes

Araruna - PB 09.02.1971

NATALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Nasc. Nº 912, Liv. A-3, Fls. 10, Cart. Araruna - PB

OPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 24/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 132.141.484-60

Nome JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Nascimento 09/02/1971

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CG

CORRETORA

06 OUT. 2016

DPVAT/PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: LUCAS ARAUJO DE LIMA

CPF: 930.959.964-58

Data Nascimento: 03/02/1975

Localidade: GERALDO TARGINO DE ARAUJO, MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

Sexo: M

Altura: 1,73

Peso: 70

Cor dos Olhos: AZUL

Cor do Cabelo: CASTANHO

Cor da Pele: BRANCA

Estado Civil: CASADO

Profissão: AD

RG: 02514631733

Validade: 06/01/2018

Exatidão: 13/09/2002



VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 881691883

Observações:
 BANCAS ATIV. RECONFERIDA.

Nome: JOAO BRUNO, PD.

Data Nascimento: 09/01/2014

Assinatura: *Rodrigo Carneiro*

RG: 22809589908

CPF: 0027633253

PROIBIDO PLASTIFICAR
 881691883

COPIA PARA
 06 OUT. 2016
 DPVATIPB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNOS ESTADUAIS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

PLACA: LUCAS ARAUJO DE LIMA

IDENTIFICACIONAL: 8102005

REGISTRO: 881691883

DATA DE EMISSÃO: 03/02/1975

VALOR: 02514631733

VALIDADEZ: 06/01/2018

EXPIRACAO: 13/09/2002



GERALDO TARGINO DE ARAUJO
 MARIA DA CONCEICAO DE LIMA



VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

RECONHECIMENTO: ATIV RECONFERIDA

PLACA: JOAO BRUNO, PD

IDENTIFICACIONAL: 881691883

DATA DE EMISSÃO: 09/01/2014

VALOR: 22809589908

VALIDADEZ: 08/02/2023

PROIBIDO PLASTIFICAR

COPIA PARA
 06 OUT. 2016
 DPVAT/SP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
- MINISTÉRIO DAS CIDADES -

DETRAN - PR Nº 010729963630
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 1 0071931043-1 | 00/00000000 | 2013

MARIA JOSE DO NASCIMENTO PONTES

CPF/CNPJ 80516513400 | RG/MN 3725/PB

NOVO RN 9C2JC2500XR152041

ESPECIE TIPO VEICULO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | COMBUSTIVEL GASOLINA

MODELO/MARCA/HONDA/CG 125 TITAN | ANO 1999 | 1999

CAPACIDADE DO TANQUE 2 3/124 LITROS | COR DO VEICULO PARTIC AZUL

IPVA PAGO EM 29/05/2014 | VALOR 0

TIPO DE CONTRATO SEM RESERVA DE DOMÍNIO | VALOR DO CONTRATO 0

PREMIO DE CONTRATO SEM RESERVA DE DOMÍNIO 0

ARARUAMA/DE 32280 | LOCAL | 30/05/2014 | 40568

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
ULTIMO CONTRATO Nº 20142500002240-5

PB Nº 010729963630 - 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

2013 30/05/2014

1 80516513400 | CPF/CNPJ | 3725/PB

00719310431 | HONDA/CG 125 TITAN

1999 | 9C2JC2500XR152041

***** | ***** | *****

***** | SEGURO PAGO

***** | 25/04/2013

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.748.608/0001-48
www.seguradoralider.com.br
40568-1547231-20140530

JUN-2013

ARARUAMA
30 05 2014
DPVAT/PS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Joanes Lourenço de Pautes
 DATA DO ACIDENTE 02/03/15 CPF DA VÍTIMA 132.141.434-66
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Guaribas
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO Área Rural
 CIDADE Amaruá UF PB CEP 58233-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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)
- () COMPROVAANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) *Duf*
- 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 APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA 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 *Deposito*

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, ACESSO WWW.MEMBRO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

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

PROCURAÇÃO / SUSSEP

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/03/2016
 CPF 030.959
 ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO REEMBOLSO NA SEGURADORA

DATA 08/07/2016
 DPVAT/PB
 Adria da Cidade Araguaia
 ASSINATURA 29/03/2016

Laucasa Araguaia de Seixona

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1101119/16
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
CPF: 132.141.484-60

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2015
Titular do CPF: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JUAREZ MOUZINHO DE PONTES : 132.141.484-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

LUCAS ARAUJO DE LIMA : 030.959.924-59

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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.

Portador da documentação entregue

Data: 06/10/2016
Nome: LUCAS ARAUJO DE LIMA
CPF/CNPJ: 030.959.924-59

LUCAS ARAUJO DE LIMA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/10/2016
Nome: Aldabeth Patrício da Silva
CPF: 891.881.734-04

Aldabeth Patrício da Silva





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9917872

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

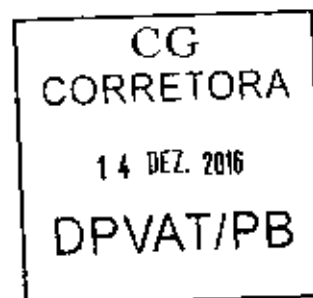
Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 06/10/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 02/03/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1101119/16

Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

CPF: 132.141.484-60

Data do Acidente: 02/03/2015

Titular do CPF: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data: 14/12/2016

Nome: LUCAS ARAUJO DE LIMA

CPF : 030.959.924-59

LUCAS ARAUJO DE LIMA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 14/12/2016

Nome: Adriana Cirne Aragão

CPF: 865.178.454-04

Adriana Cirne Aragão

CG
CORRETORA

14 DEZ. 2016

DPVAT/PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160614042

Cidade: Araruna

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Data do acidente: 02/03/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Amputação do terceiro dedo da mão esquerda

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: BAM e documentação médica hospitalar válidos não mencionam que a lesão descrita é decorrente de acidente de trânsito impossibilitando a confirmação de nexos de causalidade. Encaminhar documentação médica hospitalar que comprove o nexos de causalidade.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160614042

Cidade: Araruna

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Data do acidente: 02/03/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: amputação em 3 dedo da mão esquerda

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: amputação em 3 dedo da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: dano total em 3 dedo da mão esquerda

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau completo - 100 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





República Federativa do Brasil
 Cartório do Único Ofício de Notas
 Tabelião: **Antônio Martins de Sousa**
 Escrevente: **Avanira Fernandes Matias Nobre**
 Praça Barão do Rio Branco, nº 36
 CEP 58.233-000 - Araruna/Paraíba
 Fone: (083) 373-1270

Traslado: 1º

Livro: 104

Folhas: 075

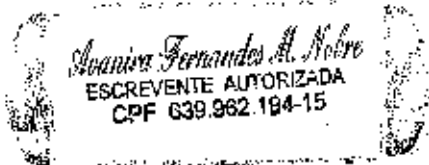
Procuração bastante que faz Juarez Mouzinho de Pontes a Lucas Araújo de Lima, para os fins abaixo:

Saibam quantos este público instrumento de Procuração virem, que no Ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo, de dois mil e dezesseis (2016), aos três (03) dias do mês de Março, nesta cidade de Araruna/PB, perante mim Escrevente, compareceu como outorgante: **JUAREZ MOUZINHO DE PONTES**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, CPF nº 132.141.484-60, RG nº 1594752-SSP/PB, residente e domiciliado no sítio "Guaribas", município de Araruna/PB.

Reconhecido como o próprio por mim Escrevente, do que dou fé; por ele me foi dito que por este instrumento público, nomeava e constituía seu bastante procurador: **LUCAS ARAUJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, taxista, RG n.º 2172005-SSP/PB, CPF nº 030.959.924-59, residente na Rua "Vice-Prefeito Manoel Paulino Teixeira", Loteamento José Gomes de Azevedo, nº 65, na cidade de Araruna/PB, a quem confere poderes gerais e especiais para representá-lo no procedimento administrativo de **SEGURO DPVAT** na qualidade de representante de Juarez Mouzinho de Pontes, vítima de acidente de trânsito. Podendo para tanto representá-lo junto às seguradoras, apresentar e assinar documentos necessários, inclusive Autorização de pagamento ou qualquer documento pertencente ao Seguro Obrigatório DPVAT, prestar declarações e informações, receber todo e qualquer valor a que tenha direito o outorgante, requerer documentos, assinar requerimentos, fazer juntada e retirada de documentos, e ainda assim representá-lo junto aos **BANCOS**. Enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. Os dados teorização de pagamento da presente procuração foram fornecidos pelo Outorgante que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. E de como assim disse do que dou fé, lavrei este instrumento, que sendo-lhe lido, aceitou e assina Francisca Edinete da Silva Matias, a rogo do outorgante não alfabetizado que deixa impressão digital, independente de testemunhas instrumentárias de acordo com o provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral de Justiça do estado, comigo Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente que digitei. E eu, Antônio Martins de Sousa, Tabelião Público, subscrevo, dou fé, dato e assino com o sinal do meu uso. Araruna, 03 de Março de 2016. Em test.º (sinal) da verdade. O Tabelião Público: Antônio Martins de Sousa. (a) Francisca Edinete da Silva Matias. Está conforme o original. Eu, Avanira Fernandes Matias Nobre, Escrevente, digitei dato e assino.

Araruna, 03 de Março de 2016

Avanira Fernandes M. Nobre



SELO DIGITAL

ACX55236 - QS FM

Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881330

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9917872

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10250625

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16
Vítima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10508405

A/C: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160614042 ASL-1101119/16
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 14/12/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 02/03/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2017

Carta nº 11473487

a/c: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES

Sinistro: 3160614042 ASL-1101119/16
Vitima: JUAREZ MOUZINHO DE PONTES
Data Acidente: 02/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS ARAUJO DE LIMA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Codigo da Unidade: 00823671
Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

PACIENTE: JARREZ MOURA DE LIMA
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: GUARIBA
Município: ANAPURINA
Data de Atendimento: 02/03/2016

RACIA/COR: BRANCA
QUERENAS: ACIDENTE DE TRAFEGO

ANAMNESE E EXAME FISICO SUMARIO:
Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em nível cervical, em nível de trauma de 2.º grau cervical.
Lesões: fratura de corpo de vertebra C6.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

RESULTADOS:
Cervical (Holt) - normal

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
1. Celoflex 2g
2. (pelo)
3.
4. + SF 100
5. Duplo el.

DIAGNOSTICO / CID:
Trauma em nível cervical

→ Gabriela 80g e

NATUREZA DA CONSULTA

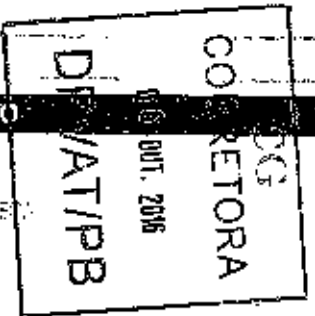
Atendimento em Serviço de Especialidade - Ortopedia (26.40)

PROCEDIMENTO

Prévia Ortopedia

TIPO DE ATENDIMENTO

- Atendimento em Serviço de Especialidade
Atendimento em Serviço de Especialidade de Trauma de Serviço Especializado
Atendimento em Serviço de Especialidade de Trauma de Serviço Especializado
Atendimento em Serviço de Especialidade de Trauma de Serviço Especializado
Atendimento em Serviço de Especialidade de Trauma de Serviço Especializado



MEDICAÇÃO:
ENCAMINHAMENTO:
Internação

Table with columns for services performed, including codes like 03.01.05.0036 and 02.04.04.0124.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA)S ASSISTENTE(S) - (CARIMBO(S))

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)