



Número: **0800029-80.2019.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **29/01/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA (AUTOR)	MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18903920	29/01/2019 22:59	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
18903922	29/01/2019 22:59	<u>PETIÇÃO INICIAL</u>	Outros Documentos
18903923	29/01/2019 22:59	<u>PROCURAÇÃO, DOCS. PESSOAIS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E OUTROS DOCUMENTOS</u>	Procuração
18903926	29/01/2019 22:59	<u>BO, PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS</u>	Outros Documentos
18903930	29/01/2019 22:59	<u>REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E CARTA NEGATIVA DA PROMOVIDA-ilovepdf-compressed-1</u>	Outros Documentos
18903935	29/01/2019 22:59	<u>CARTA DE NEGATIVA DA PROMOVIDA</u>	Outros Documentos
22868778	22/07/2019 08:31	<u>Despacho</u>	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922580161600000018395486>
Número do documento: 19012922580161600000018395486

Num. 18903920 - Pág. 1



**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO SUBSTITUTO DA COMARCA
DE TAPEROÁ – PB,**

**“URGENTE”
PROCEDIMENTO SUMÁRIO
JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50
ACIDENTE DE TRANSITO – SEGURO DPVAT**

**Requerimento Administrativo Incluso
Carta Negativa Inclusa**

Principais lesões: Fratura do Fêmur Direito, Fratura do Joelho Direito, Lesões no pulmão (Traqueostomia) e na cabeça (Dores, Torturas e Vômitos)

KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA, brasileira, soleira, estudante portadora do RG sob nº 4683505 e do CPF sob nº 197800327-70, residente e domiciliada na Rua Nossa Senhora da Conceição, s/n, Centro, Taperoá/PB, CEP 58690-000, email: dlcientestap@gmail.com, pelo instrumento procuratório em anexo (**DOC. 01**), por intermédio de seus procuradores e advogados “*in fine*” assinados com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, nº 121, Centro, Taperoá-PB, CEP 58680 – 000, email: marcelodladv@gmail.com, onde receberá as eventuais notificações e intimações de estilo, vem respeitosamente a presença de Vossa Exceléncia através do Procedimento Ordinário e com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

pelo **PROCEDIMENTO ORDINÁRIO** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob nº **09.248.608/0001-04**, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com sede e domicílio na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial** Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/RN 8446





I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que a promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica realizada na “*procuração ad iuditia et extra*” (DOC.1).

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua:

“Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública”.

É o requerido!

III – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURIDICOS DA DEMANDA

A *causa petendi* que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da lei 6.194/74 e seus consectários legais, em **DIALOGO DAS FONTES**, com a **Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil**.

IV – DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

A requerente **KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA** portadora do **RG sob nº 4683505** e do **CPF sob nº 197800327-70**, foi vítima de acidente de trânsito **NO DIA 06/11/2016**, sofrendo diversas lesões corporais, principalmente **NA CABEÇA, NOS PÚLMÕES (PRINCIPALMENTE NA TRAQUÉIA), E NA Perna DIREITA**, mas precisamente **NO FÉMUR DIREITO E JOELHO DIREITO**, tendo passando por procedimento cirúrgico, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).

Assim, Douto julgador, no mencionado dia **06/11/2016** por volta das **7 horas e 30 minutos** a promovente seguia junto com amigos pela **ESTRADA DO PONTAL** para pegar o **BRT**, **QUANDO UM CARRO OFERECEU CARONA E OS MESMOS ACEITARAM, TENDO SEGUIDO NO SENTIDO DA GROTA FUNDA, NO QUAL SE ENCONTRAVA FECHADA, TENDO QUE REALIZAR O RETORNO**, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).

Nisto, os ocupantes do veículo, incluindo a promovente, adormeceram acordando apenas com a colisão/impacto do veículo no poste, ocasionando LESÕES PREOCUPANTES EM TODOS OS OCUPANTES DO CARRO, sendo socorridos por transeuntes para a Unidade Hospitalar Municipal da Cidade do Rio de Janeiro/RJ, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

*Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CAB/PE*





Neste contexto, MM Juiz, a promovente teve após o acidente **FRATURA DO FÉMUR DIREITO, JOELHO DIREITO E LESÕES NA TRAQUEIA E NA CABEÇA**, sendo socorrido por populares para **O HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO**, aonde foi realizado **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** conforme comprova os prontuário médicos acostados na presente peça (DOC. 4).

Desse sinistro, restaram sequela permanente no Autor, tais como **FRATURA NO FÉMUR DIREITO, JOELHO DIREITO, LESÕES NA CABEÇA E NA TRAQUEIA, ATROFIA MUSCULAR NA Perna DIREITA, DORES ARTICULARES NOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NA Perna DIREITA E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELO JOELHO DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA.**

Ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo **COM TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PELA RÉ NA AGÊNCIA DOS CORREIOS NA CIDADE DE TAPEROÁ/PB. COM TODA A DOCUMENTAÇÃO**, conforme carta de abertura do sinistro (DOC.5).

Passados alguns meses o pedido administrativo foi **NEGADO** pela a ré, conforme carta de negativa do seguro obrigatório DPVAT em anexo (DOC. 6).

Salienta-se que o direito da parte Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório de **DPVAT**. Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, em seu art. 3º, II a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez permanente é o equivalente a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos)**, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre a colisão e seu estado físico.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório **DPVAT**, ora pleiteada. Nesse sentido Excelênci, em decorrência do acidente sofrido pelo **KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA**, culminado **FRATURA NO FÉMUR DIREITO, JOELHO DIREITO, LESÕES NA CABEÇA E NA TRAQUEIA, ATROFIA MUSCULAR NA Perna DIREITA, DORES ARTICULARES NOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NA Perna DIREITA E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELO JOELHO DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA**, destarte, o Requerente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

A promovente clama por **JUSTIÇA!**

V- DA CAUSA DE PEDIR PRÓXIMA

A – DO SEGURO DPVAT

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CAR 13.8446





O próprio nome do **Seguro DPVAT** é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

Reza Art. 5, da lei 6.194/74:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado. §1º”.

Entende-se por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL** a perda ou redução, em caráter definitivo em decorrência de acidente provocado por veículo.

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários podem requerer a indenização do DPVAT.

Frisa-se que o pagamento independe da apuração de culpados.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “l” nestes termos:

Art. 20, 1 – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

Destarte, a invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte.**

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CAB/MP, 84148





Nesta esteira, mister ressaltar que o STJ editou a súmula 278, e, estabeleceu como marco inicial a data em que o acidentado tomou conhecimento inequívoco de sua incapacidade para o trabalho. Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

O pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, desse torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Ademais, conforme estabelece o art. 7º da Lei 6.194/74, a responsabilidade pelo pagamento do seguro obrigatório é de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio nacional do Seguro Obrigatório **DPVAT**, destarte, a jurisprudência já firmou entendimento neste sentido:

“SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser açãoada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido.” (REsp 401.418/MG; Recurso Especial 2001/0194323-0; Relator ministro Ruy Rosado de Aguiar – Quarta Turma – Data do Julgamento 23.04.2002 – Data da Publicação/Fonte DJ 10.06.2002, p. 220)“

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação supramencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que o acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, baje ou segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

II) Da Apresentação Procedimento Administrativo – Sinistro 3180170603

MM Juiz, a autora como já mencionado ingressou com o pedido administrativo com toda a documentação exigida como o Boletim de Ocorrência (BO), Prontuário Médico e outros documentos exigidos para a concessão do seguro DPVAT.

Há que se observar que a promovida tendo a posse dos documentos do promovente e do sinistro NÃO reconheceu o direito do mesmo, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo datado em 17/10/2018 (DOC.2)

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CAPRAZ 3446





Desse modo, requer QUE SEJA INTIMADA A PROMOVIDA PARA ACOSTAR NO PROCESSO O PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO (Sinistro 3180170603), sob pena de pagamento de multa diária por descumprimento determinada pelo o juiz processante.

É o requerido.

VII - DO PEDIDOS MEDIATOS E IMEDIATOS

1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos 319 e 320 do CPC. Ademais, requer ainda que seja aplicado *in totum* a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT.

2. Dos pedidos mediatos:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, pela privacidade vilipendiada e moral espancada, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente a concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50;

b) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil;

c) Que seja intimada a requerida para juntar aos autos o **PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO (SINISTRO 3180170603)**, contendo toda a documentação do promovente referente ao acidente, objeto desta demanda, sob pena de pagamento de multa diária por descumprimento determinada pelo o juiz processante.

c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais combinações legais:

d) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ;

e) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação;

f) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 355, I do Novo Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais;

g) Requer, ainda, perícia e, consequentemente, a oportunidade de formular os quesitos periciais médicos e no momento oportuno, por motivo da incapacidade da parte autora.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.





- h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercambio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.
- i) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a realização da perícia médica judicial;
- j) Por fim, a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao exame pericial por um médico ortopedista no Hospital Alcides Carneiro (HU) na cidade de Campina Grande-PB.

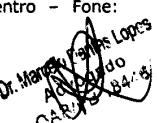
Dá- se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil reais) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Deferimento.

Taperoá - PB, 20 DE JANEIRO DE 2018.


MARCELO DANTAS LOPES
Advogado OAB/PB 18446

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - **Escritório Filial Taperoá** - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.


Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 18446
CARREIRA



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: *Kécia Karoline Basílio da Silva*, bras-
sileira, estrangeira, solteira, residente e domi-
ciuído na Rua Nossa Senhora da Conceição, SN, bairro
~~Taperoá~~, PE, constitui e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: **MARCELO DANTAS LOPES**, brasileiro, casado, advogado
regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 8 com no escritório profissional situado na
com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro,
Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e
interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar
os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou
Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et
extra*, para o foro em geral, especialmente para propor
Ações de Cobrança do Legado Devat
podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar
termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os
respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer
natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo
substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e
valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste
mandato.

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

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os
contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual
25%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação
(liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência,
podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento
deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e
outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 20 de Janeiro de 2019

X Kécia Karoline Basílio da Silva
OUTORGANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REGISTRO 4.683.505	DATA DE EMISSÃO 07/11/2017	NAME MECIA KAROLINE BASTILO DA SILVA
FLAUGO JUVERLANDO BASTILO DA SILVA		MARIA APARECIDA DA SILVA	NATURALIDADE	CARTELINA GRANDE-PP
DATA DE NASCIMENTO 10/10/2000		DATA DE NASCIMENTO 11/05/1985	DOC. ORIGEM	NASC.N. 16585 T.S. 45 TIT.V.A 17
DATA DE NASCIMENTO 10/10/2000		DATA DE NASCIMENTO 16/05/1980	CPF	197.800.327-00
DATA DE NASCIMENTO 10/10/2000		DATA DE NASCIMENTO 16/05/1980	DATA DE NASCIMENTO 16/05/1980	DATA DE NASCIMENTO 16/05/1980

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901292256530660000018395489>
Número do documento: 1901292256530660000018395489

Num. 18903923 - Pág. 2



197.800.327-70

Nome

KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

Nascimento

10/10/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

MATRÍCULA:

070698 01 55 2000 1 00017 045 0016585 11

03.337.589/0001-06
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
RIBEIRO DE TOLEDO
Av. Getúlio Vargas, S/N
CENTRO - CEP: 58380-000
TEL: 3463-2451
TAPERÓA - PB

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) _____

dez de outubro de dois mil

DIA
10

MÊS
10

ANO
2000

HORA DE NASCIMENTO _____

10:15

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO _____

Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF _____

Taperóa-PB

LOCAL DE NASCIMENTO _____

Instituto de Saúde Elídio de Almeida- ISEA

SEXO _____

feminino

FILIAÇÃO _____

JUERLANDO BASILIO DA SILVA e MARIA APARECIDA DA SILVA

AVÓS _____

PATERNOS: MARIA DE FATIMA BASILIO DA SILVA

MATERNOS: MARIA INEZ DA SILVA

GÊMEOS _____

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) _____

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) _____

vinte e um de outubro de dois mil (21/10/2000)

DNV (DEC. NASC. VIVO) _____

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES _____

2º VIA - — NÃO POSSUI —

NOME DO OFÍCIO _____

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS-
TAPERÓA- PARAÍBA

OFICIAL REGISTRADOR _____

Maria das Graças Dias de Toledo Farias

MUNICÍPIO/UF _____

Taperóa-PB

ENDERECO _____

AV. GETÚLIO VARGAS, S/N - CENTRO, TAPERÓA-PB - Fone:
3463-2451

03.337.589/0001-06

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

"RIBEIRO DE TOLEDO"

VALIDO EM TODAS AS PÁGINAS. QUALquer ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

CENTRO - CEP: 58380-000

TEL: 3463-2451

TAPERÓA - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Taperóa-PB, 26 de Outubro de 2010

Claudia Regina Guimaraes

Claudia Regina Guimaraes
Escrevente Compromissada

Claudia Regina Guimaraes
Escrevente

65849

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

11 MAI

DEVOLUÇÃO

Seguradora Lider . DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

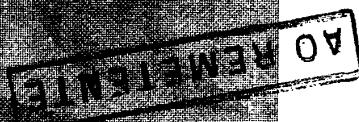
- Mudou-se
 Desconhecido
 Recusado
 Ausente
 Não procurado
- Endereço insuficiente
 Não existe o nº Indicado
 Falecido
- Data _____

Responsável pela informação

- Morador
 Síndico
 Porteiro

Entregador

CEP 58680-000 - TAPERÓA - PB
CENTRO
RUA NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO, S/N
JUERLANDO BASILIO DA SILVA



Administradora do Seguro DPVAT



Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiha +
www.seguradoralider.com.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SES
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL

042a. Delegacia de Polícia

Avenida Teotônio Vilela, s/n, Recreio Dos Bandeirantes, Rio De Janeiro - RJ, CEP: 22795-265, TEL.: 2332-8039

CONFERE COM O ORIGINAL
JO 05/13

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Nº 042-07936/2016

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97)

Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Capitulação: Artigo 303 da Lei 9503/97

Motivo Presumido: Ignorado

Data e Hora do fato: 06/11/2016 08:00 e 06/11/2016 08:00

Local: Sem tipo ESTRADA DOS BANDEIRANTES, 00 Bairro: VARGEM GRANDE Município: RIO DE JANEIRO-RJ

ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA

Despacho da Autoridade

- 1 - Ouçam-se todos os envolvidos, incluindo eventuais testemunhas;
- 2 - Requisite-se BAM das vítimas. Requisite-se ECD realizando encaminhamento;
- 3 - Colha representação da vítima, caso manifeste esta intenção;
- 4 - Junte-se BRAT;
- 5 - Verifique:

- 5.1 - Se todos os motoristas possuem CNH;
- 5.2 - Se algum deles conduzia veículo de transporte de passageiros, no exercício de sua profissão ou atividade;
- 5.3 - Se algum deles deixou de prestar socorro, podendo fazê-lo;
- 5.4 - Se alguém dirigia sob influência de álcool ou outra substância psicoativa;
- 5.5 - Se participavam de corrida, "racha" ou coisa do gênero, em via pública, e sem autorização por quem detenha atribuição;
- 5.6 - Se transitavam em velocidade superior à máxima permitida para a via em 50Km/h.

URIEL ALCANTARA MACHADO NUNES

Id Funcional: 50231480

Envolvido(s)

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: CB DANIEL - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 82567 PMERJ

Lotação: 31 bpm

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA - Civil ID não confirmada

Naturalidade: SEM MUNICÍPIO-XX Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Ignorado Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LEANDRO COSTA - Civil ID não confirmada

- Representante

1 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 1

TERMO CIRCUNSTANCIADO
Lei 9.099/95

Nº 042-07936/2016

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Identidade Nº 000000000000 IFP

Residente na Sem tipo FRANKLIN DE CARVALHO 163 Bairro: PEDRA DE GUARATIBA Município: RIO DE JANEIRO
RJ CEP: 23026250 Telefone/Celular Nº: 21965076391 e-mail: leandro_costa@gmail.com Obs.: contato HELLEN
Filho de: N/D e ELIANE CRISTINA DA COSTA Data de nascimento: 01/01/1996 Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Negra Estado Civil: Solteiro(a) Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652128)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Branca

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652136)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652134)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Bem(ns) Envolvido(s)

Outros Materiais

Proprietário: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Apresentante: CB DANIEL

Situação: Apreensão Destino: DP

1 01 CRLV do veículo CORSA, 1.6, , BRANCO, PLACA LBB7308, ANO 1996/1996.

Tipo do Bem: Documento do Veículo

Declarações

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

CB DANIEL - Comunicante

Colhido em termo apartado.

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

LEANDRO COSTA - Representante

QUE hoje, dia 06NOV2016, por volta das 07h30min, ele, KECIA, DARLAN e LUCAS vinham pela ESTRADA DO PONTAL para pegar o BRT; QUE um carro parou ao lado deles, e um indivíduo que estava sozinho dentro do carro, perguntou para onde eles iam e ofereceu carona para eles; QUE entraram no carro e seguiram em sentido GROTA FUNDA; QUE a via estava fechada e então fizeram o retorno; QUE como estavam cansados acabou dormindo no carro durante a carona e só acordou com o impacto do veículo num poste; QUE muitos transeuntes os ajudaram; QUE chamou os bombeiros e em torno de meia hora eles chegaram e levaram seus colegas para o HOSPITAL LOURENÇO JORGE; QUE em torno de uma hora depois, chegou a POLÍCIA MILITAR e o trouxe para esta UPAJ. QUE deseja representar contra o autor do fato. E mais não disse

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

2 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Hospitalizado

Dinâmica do Fato

Noticia o comunicante CB PM DANIEL 82567 que hoje, dia 06NOV2016, por volta das 08h10min, quando em patrulhamento com seu colega de farda SD PM BARBOSA, MAT. 101179 foi acionado por MARÉ ZERO para proceder a um local de acidente de trânsito, situado na ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA". Disse também que ao chegar no local encontrou o nacional LEANDRO COSTA no local do acidente e as outras três vítimas já tinha sido removidas para o HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE. Informa ainda que o veículo um CORSA BRANCO, PLACA LBB7308, havia colidido com um poste em cima da calçada. Informa ainda que o motorista não estava dentre os feridos e que segundo informado por LEANDRO COSTA o mesmo se evadiu do local.

Termo de Representação

Lido os dados vinculados ao Registro de Ocorrência, REPRESENTO pela instauração de procedimento criminal contra o(s) autor(es) do fato narrado na forma do artigo 39 do Código de processo Penal, na data deste documento.

Termo de Compromisso / Declaração

Assumo a obrigação e declaro estar ciente para comparecer ao 09º JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL - BARRA DA TIJUCA REGIONAL Juizado Especial Adj. Criminal situado a Avenida Luiz Carlos Prestes , s/nº , Barra da Tijuca , na data 30/01/2017 às 14:30:00 para Audiencia Preliminar de acordo com o artigo 69 da lei 9099/95.

Assinaturas

CB DANIEL

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

DARLAN PINHEIRO DA SILVA

LEANDRO COSTA

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO
Protocolo nº: 087288-1042/2016
Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

3 de 4
www.policiacivil.rj.gov.br
Código de acesso: 6F87D

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

EDUARDO PEREIRA DE PAULA
Oficial de Cartório - 4.219.037-1

CONFERE COM O ORIGINAL
AM 30 LOA 137



Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

4 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 4

NADA CONSTA DO VEÍCULO (RENAVAM)

Data da consulta: 01/12/2016 17:57:12

Renavam: 655414479

Descrição das Multas:

Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B62539529	-	00/00/0000	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
181 INC VIII		11/11/2016 11:14	
Descrição:		Placa Relacionada:	
ESTACIONAR NO PASSEIO		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
ESTRADA DOS BANDEIRANTES 27238 VARGEM GRAND-RIO DE JANEIRO		195,23	195,23
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICÍPIO
Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B48044056	-	05/11/2012	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
218 INC I		13/06/2012 12:31	
Descrição:		Placa Relacionada:	
TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITIDA		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
Av.Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx1-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		85,13	85,13
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICÍPIO
Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B47657420	-	03/09/2012	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
218 INC I		27/04/2012 16:14	
Descrição:		Placa Relacionada:	
TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITIDA		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
Av.Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx2-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		85,13	85,13
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICÍPIO





SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:	TELEFONE:	UNIDADE DE DESTINO:	TELEFONE:		
CNS: 898 003 191 765 769		Nº PRONTUÁRIO: 289337			
NOME DO PACIENTE: Kecia Caroline Basílio da Silva		NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE: Maria Aparecida da Silva		SEXO: F	RAÇA/COR: BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA		
DATA NASCIMENTO: 30/10/2000		NACIONALIDADE: Brasileira	MUNICÍPIO: Tapuio - PB		
UF: PB	Nº IDENTIDADE: C.N. 070 698 2153 2000 200017045001658311	ÓRGÃO EMISSOR: Cartório Notário de Itabira	DATA EXPED: 21/10/2000	UF EXPED: PB	CPF OU OUTRO DOC:
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria Aparecida					

ENDEREÇO

LOGRADOURO Rua Samambaia, 455		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO: Rio das Pedras	CEP:	MUNICÍPIO: Rio de Janeiro	ESTADO: RJ
TELEFONE: 99829829	OBSERVAÇÕES		

RESUMO DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES Fratura Femur Condilar Unir Fractura Cr Tars		PERÍODO 21/11/16 a 06/02/17
SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAIS? _____		
UTILIZOU ANTIBÍOTICOS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____		DURAÇÃO: _____ DIAS
ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS: _____		
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS: _____		
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____		
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS: _____		

RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA

FOLLOW-UP NO HOSPITAL? () SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA? _____		ATÉ QUANDO? _____
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS) _____		
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____		
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOaudiologia () PSICOLOGIA () OUTROS: _____		
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____		

SAÍDA:	CID: PROCEDIMENTO: CID:
() ALTA POR INICIATIVA MÉDICA () ALTA REQUERIDA	() TRANSFERÊNCIA () ÓBITO () EVASÃO

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS <i>Dr. Thiago M. Uehara Com. Sec. M. Uehara Assinatura e Carimbo</i>	DATA <i>06/12/17</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------



711811
JULY 19 1968
1968 MARCH 1968



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>
Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 7

do por: AYDETTE/CNS

FOR: URGENCIA ORTOPEDIA

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE

04692707

KECIA KAROLINE BASILIO DA

05/04/2017 08:39

RUA SAMANBAIA N 455
RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO

RJ

RIO DAS PEDRAS

X

10/10/2000

A PEDIDO DR MATHEUS PETRY

Tel.: 982942319

Retirada de feridas Externa

u

u: - Internar

- Sair e lab na B.C

Dr. Matheus Petry
Medico
CRM 52.104694-2



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

293862

NAME	UNIDADE	CÓDIGO / CGC							
<i>Amr</i>									
NAME DO CLIENTE	ÓRGÃO EMISSOR								
<i>Kerla Karolne Berbo de Siqueira</i>									
ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	MUNICÍPIO	UF							
CEP	DATA DE NASC	SEXO	MASCULINO	FEMININO	CONDICÃO	SEGURADO	CÔNJUGE	FILHO	OUTRO CEP
			<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
NOME DO SEGURADO									
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	APOSENTADO	NÃO SEGURADO	CGC DA EMPRESA	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9		
CPF DO MÉD. SOLIC.	PROC. SOLICITADO	CAR. INT.	DATA DE EMISSÃO	CPF DO MÉD. RESP.	ASSIN. MÉD. RESPONSÁVEL				
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS									
<i>Retinada de Fissura Estéril</i>									
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO									
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS									
DIAGNÓSTICO INICIAL	<i>T84.1</i>								
PROCEDIMENTO SOLICITADO	<i>090806036-0</i>								
CLÍNICA CIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA							
<input type="checkbox"/> 1 TISOPNEUMOL	<input type="checkbox"/> 2 PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/> 3 PEDIATRICA							
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7							
OUTRAS									
<input type="checkbox"/> 9									
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EX-AMM)	CPM	DATA							
<i>Dr. Matheus Pery Médico CRM 52.104894-2</i>		<i>01/01/17</i>							



Operação proposta	Intervento de rotina				Código	Hora
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Altura	Peso	P.A.		

Temp.	Pulso	Resp.	Hb.	VOL GL	Hematíes
Exame sanguíneo	UZU	Cr 045	124,80	Na 197	Tipo sanguíneo
Exame urina					
Ap. resp.				Asma, secreções	<i>nug</i>
Ap. Círcul.					
Pescoco		Dentes		Alergia a medicamentos	<i>nug</i>
Abdominal				Hipotensores	<i>nug</i>
Anestesias anteriores				Corticóides	<i>nug</i>

Complicações pré-operatórias	<i>rrr negar suscitação</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Complicações operatórias		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Complicações pós-operatórias		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





Boletim operatório

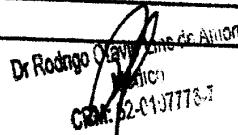
Unidade	292862	Nome		Kiara Karolyn Bento das	Matrícula
---------	--------	------	--	-------------------------	-----------

Serviço de	205	Externo	Enfermaria	Láto
Diagnóstico pré-operatório	Retinada de fíbula extenso + Bloqueio proximal			
Operação	de haste. Alongamento sob tensão fixo viuviamente contínuo			
				Data
Operador	André Perin		2º auxiliar	03/04/17
1º auxiliar	Emanuel Lopes		Instrumentador	
Tipo de anestesia	Nagunit Sidrus		Anestesista	

Descrição da operação				
Via de acesso, descrição de órgãos e lesões, técnica e tática, material de sutura, reconstituição da parede, dreno e sondas, acidentes operatórios.				
1) Ponto um drubito dorsal sob anestesia 2) Aspira + Antisuprín 3) Retinada de fíbula extenso + alongamento proximal 4) Bloqueio da haste antero-posterior sob fluoroscopia 5) Retinada de fíbula extenso 6) Bloqueio da haste no plano sagital sob fluoroscopia 7) UTEC c/ SF 0,9% + curativo edutivo				

Dr. Emanuel Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 529267-0
 TEOF: 4539



CNS:		Nº PRONTUÁRIO:		TELEFONE:	
NOME DO PACIENTE:		NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE:		SEXO:	RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA		
DATA NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	MUNICÍPIO:	RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:		
UF:	Nº IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA EXPED:	UF EXPED:	CPF OU OUTRO DOC:
ENDERECO					
LOGRADOURO			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO:		CEP:	MUNICÍPIO:	ESTADO:	
TELEFONE:		OBSERVAÇÕES			
RESUMO DA INTERNAÇÃO					
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES				PERÍODO	
SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAL?				/ / A / /	
UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO - QUAIIS?				DURAÇÃO: _____ DIAS	
ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS:					
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS:					
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIIS?					
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:					
RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA					
FOLLOW-UP NO HOSPITAL? () SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA?				ATÉ QUANDO? / /	
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS)					
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS:					
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS:					
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL:					
SAÍDA:					
() ALTA POR INICIATIVA MÉDICA		() TRANSFERÊNCIA		CID: _____	
() ALTA REQUERIDA		() EVAÇÃO		PROCEDIMENTO: _____	
CID: _____		CID: _____			
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS					
 CRM: 62-0107783					
ASSINATURA E CARIMBO					
DATA / /					





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 JUERLANDO Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kécia Karoline Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima Kécia Karoline Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 043102854-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 1000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, Comprovante de Residência entre outros

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	Número	Complemento
<u>Rua Nossa Senha da Conceição</u>	<u>315</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PB</u>	<u>58680 000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>marcelodantas@gmail.com</u>		<u>(83) 9640-4189</u>

Juercando Basílio da Silveira
Local e Data

Juercando Basílio da Silveira
Assinatura do Declarante

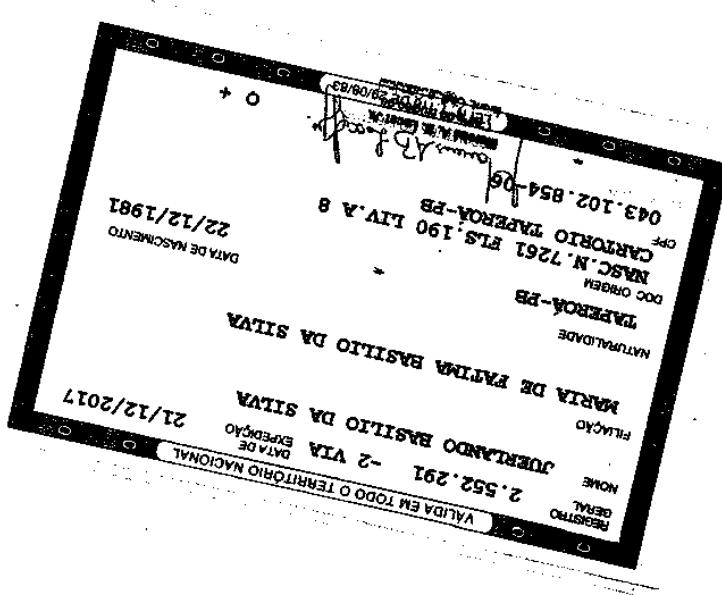
11/01/2017





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922571836200000018395496>
Número do documento: 19012922571836200000018395496

Num. 18903930 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901292257183620000018395496>
Número do documento: 1901292257183620000018395496

Num. 18903930 - Pág. 3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 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

197800327-70

Nome completo da vítima

Kécia Karoline Basílio da Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
JUCELANDO BASÍLIO DA SILVA	043102854-06	Agricultor	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Nossa Sra. da Conceição	511	CAS12	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Taperoá	AB	58680-000
Email	Telefone (DDD)		
marcelodantas@gmail.com	(083) 99640-4118		

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0993	3	3089	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Taperoá/PB, de _____ de _____
Local e Data

Kécia Karoline Basílio da Silveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jucelando Basílio da Silveira
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.001/2017



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

Kécia Karoline Basílio da Silva

CPF da Vítima

397800327-70

Data do Acidente

06/11/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA

CPF do Representante legal

043102854-06

Email

marcerodudu@gmail.com

Telefone (DDD)

(1831) 98792-3051

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:

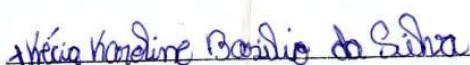
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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.

 _____ de _____
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéca Karine Basílio da Silva

DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 (CPF DA VITIMA 197800327-70)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Benito CRP 1 (VITIMA) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VITIMA E Benito CRP 1.

ENDERECO DO PORTADOR Rua Messa Góz. Conceição

Nº 51 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro

CIDADE Taperoá UF PA CEP 58680-000

E-MAIL marcelo.dantas.lopes@gmail.com TELEFONE (83) 995640-4447

MARQUE X () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLÉTIMO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CÓPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENDR. 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.
DAS DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

IDENTIDADE 2552 201 22614

NOME

ASSINATURA

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

VÍTIMA <u>Kcia Karoline Exequia da Silva</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>06/11/2016</u> CPF DA VÍTIMA <u>197800327-70</u>	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM AMITIHA F. BENITO (Pai)	
ENDERECO DO PORTADOR <u>Rua Nossa Sen. Conceição</u> CEP <u>58680-000</u> BAIRRO <u>Centro</u> UF <u>PR</u> TELÉFONE <u>(83) 93640-4447</u> E-MAIL <u>marcelodantas@gmail.com</u>	
MARQUE X NO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:	
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA, EX-PEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	
<input checked="" type="checkbox"/> LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> NA IMPSSIBILIDADE 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	
<input checked="" type="checkbox"/> BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)	
<input checked="" type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS	
<input checked="" type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> 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 MÉDOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
VALORES DE INDENIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> MORTE - R\$ 15.500,00 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 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, ACESSE www.dpvatsegurodotransito.com.br OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204 	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE — RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA: DATA <u>25/12/2016</u> IDENTIDADE <u>2552 20126/VIA</u> NOME <u>Assinatura</u>	
OBS: REPRESENTANTE LEGAL (QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE ESTIMATIVA DA RESUPORTE (ORIGINAL)	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 Juvaldo Basílio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.102.854-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kécia Karoline Basílio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Kécia Karoline Basílio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.102.854-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 1000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, Comprovante de Residência entre outros

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 Nossa Senra da Conceição</u>	Número	<u>510</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Taperaú</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>marcelo.dantas@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(1831) 9640-4119</u>

Taperaú/PB, de _____ de _____
Local e Data

Juvaldo Basílio da Silva





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221205 (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 Kélica Karoline Basílio da Silva	CPF da Vítima 197800327-70	Data do Acidente 06/11/2016
-------------------------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA	CPF do Representante legal 043102851-06
Email marceroladv@gmail.com	Telefone (DDD) (1831) 9879-3051

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.

Tapera/PB _____ de _____ de _____
Local e Data

Marcelo Dantas Lopes

J. D. No Rancho da Cida





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 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:

183.800.327-70

Nome completo da vítima

Kezia Karoline Basílio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Juliano Basílio da Silva	CPF titular da conta	043.102.854-06	Profissão	Agricultor
Endereço	Rua Nossa Sra. da Conceição	Número	511	Complemento	CA512
Bairro	Centro	Cidade	Taperaú	Estado	AB
Email	marcelodantas@mail.com	Telefone (DDD)	83 199610-4118	CEP	58680-000

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0993 D/V 1 CONTA NRO. 43089 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Taperaú/AB _____ de _____ de _____
Local e Data

Kezia Karoline Basílio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Juliano Basílio da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11/01/2017



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: 3180170603
Vítima: KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
Data do Acidente: 06/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 13483247



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**
Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**
Data do Acidente: **06/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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.

00020433



Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13483247





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800029-80.2019.8.15.0091

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de JG.

Cite-se a parte promovida por todo o teor da peça exordial, para querendo, contestar o feito no prazo de 15 dias, com as advertências legais.

Cumpra-se.

TAPEROÁ, 22 de julho de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 22/07/2019 08:31:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072208313790500000022183251>
Número do documento: 19072208313790500000022183251

Num. 22868778 - Pág. 1