



Número: **0804474-49.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **24/07/2019**

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	
HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA (AUTOR)		DANIEL QUEIROZ DE FREITAS (ADVOGADO) ALMIR DE ARAUJO MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34374 891	16/09/2020 11:18	<a href="#">Petição</a>	Petição
34374 893	16/09/2020 11:18	<a href="#">2664031_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
34374 894	16/09/2020 11:18	<a href="#">2664031_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08044744920198150251

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PATOS, 11 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182035200000032873389>  
Número do documento: 20091611182035200000032873389



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286168

Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14231249

Pag. 01241/01242 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286168

Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

DUT ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta\_03 - INVALIDEZ

00080217



Carta nº 14235166





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286168

Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01467/01468 - carta\_04 - INVALIDEZ

00070734



Carta nº 14324809



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	048.894.681-61	HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA
RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSP Nº 45/2017		
Nome completo:	CPF:	
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA	048.894.681-61	
Profissão:	Endereço:	Número:
REUJO	AVA LIMA CAMPOS	SN
Complemento:	CEP:	
CASA	58206-330	
Bairro:	Cidade:	Estado:
VITORIA	TATÓJ	PB
E-mail:	Tel (DDD):	
	(83) 998131-7273	

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

**RECEITA MENSAL:**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4982 <input type="checkbox"/> CONTA: 7384 <input type="checkbox"/> 9 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos vivos: _____ falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (velha noz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TATÓJ-PB, 25 de ABRIL de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Hallyson Morais de Araújo Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

22 ABR. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

101/2018





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00660.01.2019.3.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00660.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:11 horas do dia 02 de abril de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Hallyson Morais de Araújo Costa**, CPF nº 048.894.681-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Inalda Mortais de Araújo Costa e Antônio Zenázias da Costa Silva, natural de Patos/PB, nascido(a) em 15/11/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Lima Campos, Nº s/n, bairro São Sebastião, tendo como ponto de referência De Frente a Campina Sports, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 98114-0870.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Pedro Firmino, Ao Lado do Supermercado Guedes, Patos/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**


(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO, cor VERMELHA, ano 2012/2013, placa OFG-2714, chassi 9C2JC4110DR404082, renavam 00498171760

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia (10/01/19) por volta de 12h20min. o declarante estava pilotando sua motocicleta próximo ao supermercado Guedes, quando um caminhão que vinha ao seu lado fez uma conversão sem fazer a sinalização, tranco o declarante; Que o declarante foi surpreendido pela manobra do condutor do veículo, e na sequência perdeu o controle da moto vindo a cair; Que o declarante afirma que o SAMU prestou os primeiros socorros e em seguida uma ambulância do corpo de bombeiros o encaminhou ao HRP da cidade de Patos/PB; Que no HRP foi constatada uma fratura no pé direito.

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

Patos/PB, 02 de abril de 2019.

  
HERMANDO BARBOSA RODRIGUES  
Agente de Investigação

  
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00660.01.2019.3.00.401

22 ABR. 2019

22 ABR. 2019

1/1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	048.894.681-61	HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA
RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSP Nº 45/2017		
Nome completo:	CPF:	
HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA	048.894.681-61	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUJO	AVA LIMA CAMPOS	SN
Bairro:	Cidade:	Estado:
VITORIA	TATOS	PB
E-mail:	CEP:	Complemento:
	58206-330	CASA
	Tel.(DDD):	
	(83)99131-7273	

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

**RENTA MENSAL:**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (003) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4982 <input type="checkbox"/> CONTA: 7384 <input type="checkbox"/> 9 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos vivos: _____ falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (velha noz)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TATOS-PB, 25 de ABRIL de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Hallyson Morais de Araújo Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

22 ABR. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

101/2018



SAMU  
192

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 14710

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data <u>16/01/2019</u>	Ocorrência nº	Paciente / Usuário <u>Helyson Soares de Araújo</u>	Idade <u>32</u>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local de Ocorrência <u>Probo Fomento Liberdade</u>	Bairro <u>Liberdade</u>	Médico Regulador		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

**TIPO DE AGRAVO:**

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ soterramento	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

**ANTECEDENTES:**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DRUGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE TRANSPORTE:**

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:**

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):**

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PUL SO. RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
P.A.: X FC: FR: \_\_\_\_\_ TEMP.: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: \_\_\_\_\_ SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada  
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz  
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal  
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**INTERVENÇÕES:**

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

22.01.2019 22.01.2019  
Pr. Suelio de. S. Moreira  
Trabalha em Patos - PB  
Pr. Suelio de. S. Moreira



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Felício Cerve, 225 - Jaguaribe - João Pessoa - PB  
CEP: 55.015-670 - CNPJ: 06.125.854/0001-87

MATRICULA
66709997
REFERENCIA
JAN/2019

**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS**

INALDA MORAIS DE ARAUJO  
RUA LIMA CAMPOS, S/N - VITORIA PATOS PB 58706-310

Inscrição		SM	Quantidade de Economias				Responsável
			Sanitário	Cocina	Água	Chuveiro	
075.013.294.0219.0001		1000	1	0	4	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V105043860	01/06/2010	RESIDENCIA LAGATINO	POTENCIAL	POTENCIAL			
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
787		798	11	32	11/02/2019		
MIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORL. 05/2017 MS.							
DEZ/2018	7	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	12	TURBIDEZ		0	0	0	
OUT/2018	8	CLORO		0	0	0	
SET/2018	9	COL. YERHOT		0	0	0	
AGO/2018	12	COR		0	0	0	
JUL/2018	9	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(M)		9	DADOS REFERENTES A: NOV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 14/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:02:25

DESCRICAO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIA: 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ESGOTO

10 M3

37,91

1 M3

4,89

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,06 DTS E CONFIN. LIT 12.741/13

VENCIMENTO:

24/01/2019

Total a Pagar:

R\$ 42,89



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

**INFORMAÇÕES GERAIS:**

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL Nº 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

**CAGEPA**

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
66709997	JAN/2019	24/01/2019	R\$ 42,89

826700000001 4280001007 - 3 06670999701 0 01201960003 5



22 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390

Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 8

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica - Nº 022.598.415



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.019.823-6

## DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
RUA ANTONIO BARRETO 41  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

## REFERÊNCIA

MAR/2019

## APRESENTAÇÃO

28/03/2019

## CONSUMO

50

## VENCIMENTO

04/04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 41,43

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
Roteiro: 18-118-485-8300  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

## VENCIMENTO

04/04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 41,43

## MATRÍCULA

451385-2019-03-1

22 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>

Número do documento: 20091611182077200000032873390



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

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

### 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Cesar Costa Dias

inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.617.211 / 85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hallyson Moraes de Araújo Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 048.894.681 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima Hallyson Moraes de Araújo Costa

inscrito (a) no CPF sob o nº 048.894.681 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Barreto</u>	Número: <u>41</u>	Complemento:
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>Patos</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9933-7273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 15 DE ABRIL DE 2019.

Paulo Cesar C. Dias

Assinatura do Declarante



COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

SUS

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, 5/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	INALDA MORAIS DE ARAUJO COSTA	FILIAÇÃO II	ANTONIO ZENAZIES DA COSTA SILVA
NASCIMENTO	15/11/1994	IDADE	24a 1m
PROFISSÃO	VENDEDOR	COR	PARGO
ENDEREÇO	RUA LIMA CAMPOS	nºS/N	BAIRRO
CIDADE	PATOS	U.F. PB	CEP
TELEFONE	(83)9972-6261	CELULAR	58764800
CNS	780807940401790	R.G.	3727106 SSP PB
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CPF	048.894.681-61
		REG. NASC.	

F.A.A	25441	PRONTUÁRIO	15251
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)	OPERADOR	OLVES
DATA	10/01/2019 Horário: 13:19	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	B2 - URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS		
MÉDICO	BRUNO NOBRE E FARIAS		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X MMHG TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de moto  
refere dor nos M.I.D.  
- T.A. 160, P.A. 90, expirando, Glasgow 15

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Exames: Exame físico, torax, pulmão, P.A. 160/90

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min. Entendi = trauma M.I.D

DIAGNÓSTICO

Procedimento (descrição)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Valterman Long SM

Alta da unidade pelo

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

BRUNO NOBRE E FARIAS

CRB 10547

CRB 10547

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIANTE PELO SISTEMA TMI

0301060061 - 0301010072

22 ABR. 2019



27



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE



# ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

38

Data 10/04/2019 Hora 12 h 45 Genero HC

Nome/Nome Social Wallyson Honorio de Araujo Costa

Origem Via Pública Registrado? ( ) Sim (x) Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas Dor em M.D. Encaminhado? ( ) Sim (x) Não

Motivo do atendimento Acidente de trânsito (motocicleta)

Cidade Pato

Transporte Bombeiro

Alergia? (x) Não ( ) Sim

Uso de medicação? (x) Não ( ) Sim

Doença prévia? (x) Não ( ) Sim

Temp. \_\_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % PA 120/80 mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/Dl

Dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável					

Classificação de Risco: ( ) Vermelho ( ) Amarelo (x) Verde ( ) Azul

Especialidade Médica Cirurgião

Acompanhante: ( ) S/ Acomp. (Setor Crítico) (x) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
( ) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ( ) Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

*[Signature]*  
SUELIO MOREIRA TORRES

22 ABR. 2019





22 ABR 2019

22 ABR. 2019

HOSPITAL  
REGIONAL  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA  
ESTADUAL DE SAÚDE

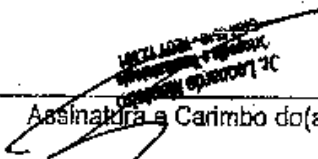
SUS

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPT. JANDUHY CARNEIRO

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Hellen Maria portador(a) da  
Identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 15:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 M99, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
TRINTA dias, a partir desta data.

Patos-PB, 30/03/19

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

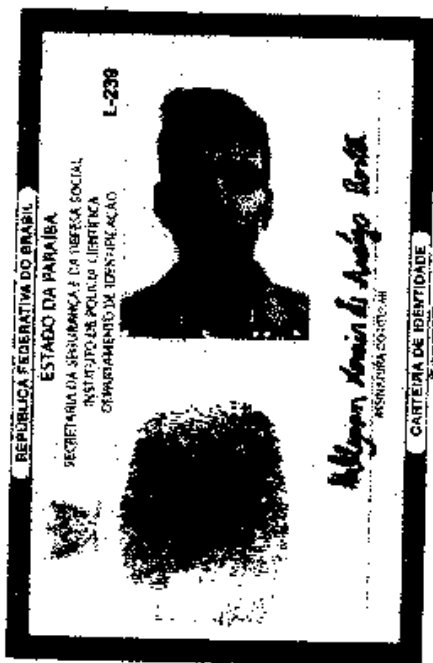
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 00.778.263/0001-00  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO DO LOCO  
PATOS - PARAÍBA

22 ABR. 2019





VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NÚMERO	3.727.108 - 2ª VIA
DATA DE EMISSÃO	19/05/2017
NOME	HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA
FLUXO	ANTONIO ZENARDES DA COSTA SILVA MULDA MORAIS DE ARAUJO COSTA
IDENTIFICAÇÃO	PATOS-PB
DATA DE NASCIMENTO	15/11/1994
CPF	048.894.881-61
DATA DE VALIDADE	30/06/2023



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



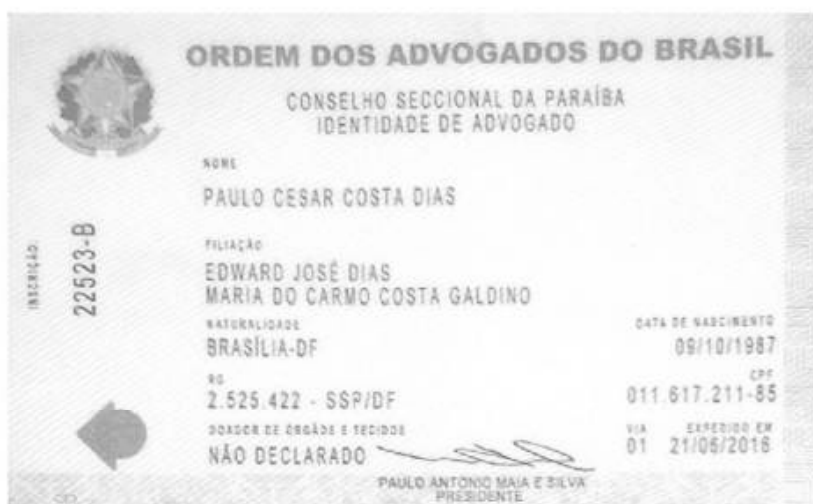
Número  
048.894.881-61

Nome  
HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Nascimento  
15/11/1994

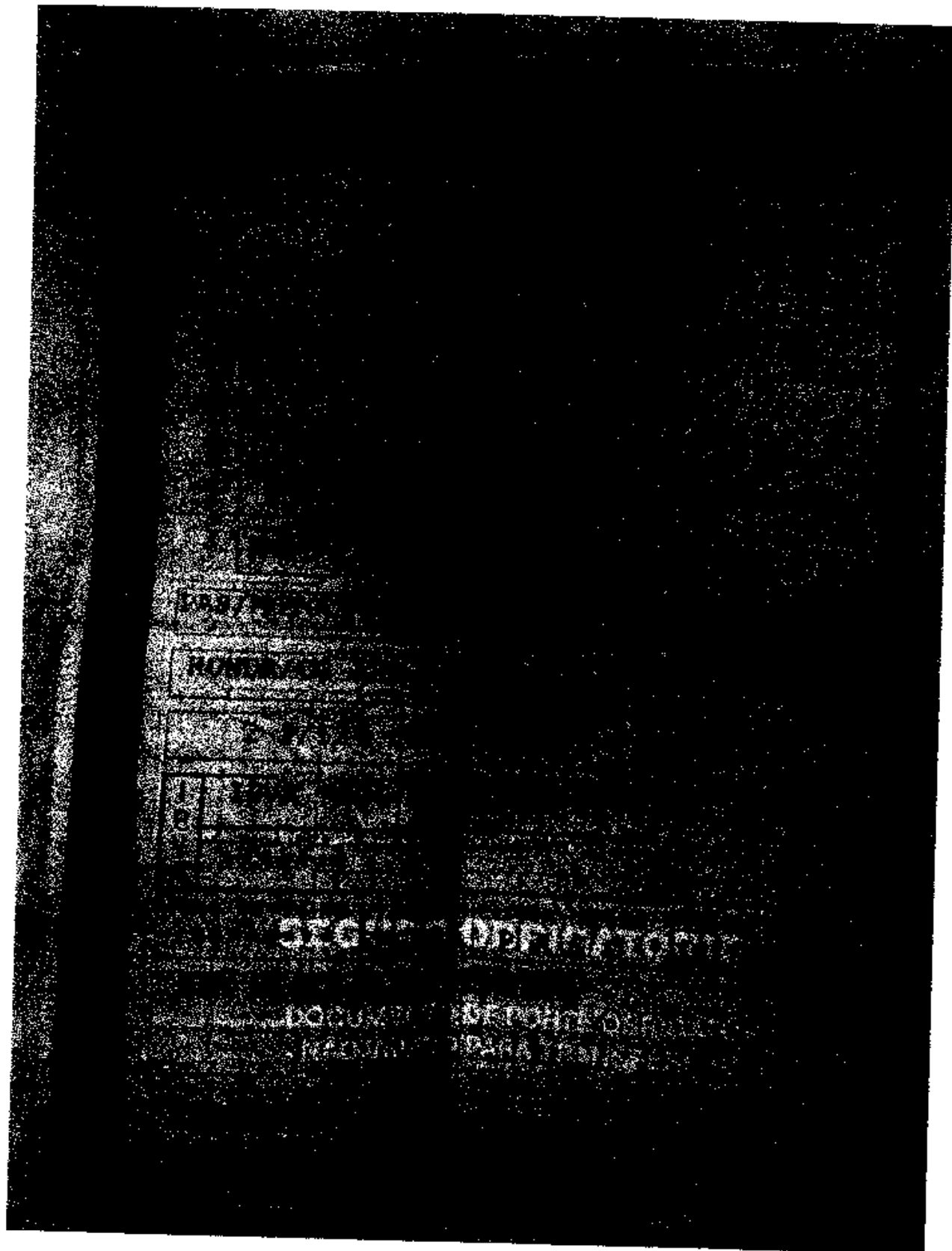
22 ABR. 2019





22 ABR. 2019





22 ABR. 2019

ms://outlook.officeapps.com/mail/inbox/id/AQOKADAwATY0MDABL7ixY2Y2Tc1M0wMAIUMDAKABAAJG3EQaAEkmKB6sC7EBpCw%3D%3D/sxs/A... 1/1



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013814328336  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
RRT 20180400013345-8

VIA 1 0049817176-0 00/00000000 2018

PLACA 04889468161 OFC2714/PB

NOVO PE 9C2JC4110DR404082

PAS/MOTOCICLE/NA APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2013

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

\*\*\*\*\* 0 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 18/06/2018

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

SEM RESERVA DE DOMINIO

PATOS-PB 9999999

20/06/2018 36838

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013814328336 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 023 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 20/06/2018

VIA 1 04889468161 OFC2714/PB

00498171760 HONDA/CG 125 FAN KS

2012 9 9C2JC4110DR404082

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\* FIANÇA \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* DOMINIO \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

\*\*\*\*\* DATA DE EMISSÃO 10/06/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.245.602/0001-08  
36838-0806328-20180620

08 MAIO 2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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

