

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: União Estável Profissão: Auxiliar
Endereço: Rua Francisco Mendes de Sousa N° 108
Bairro: Jardim Ruyima Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Clayton Leite Carneiro
RG: 2897048 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro N° 512
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva
CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

19 MAR 2019



Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data

Lucenildo F. da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS/DOCUMENTOS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 483 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 Órgão Emissor: SSP/PA CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: União Estável Profissão: Auxiliar
Endereço: Rua Francisco Mendes de Sousa N° 108
Bairro: Jardim Ruyima Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Clayton Leite Carneiro
RG: 2897048 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua Coronel João Carneiro N° 512
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (33) 99660-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva
CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

19 MAR 2019



Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data

Lucenildo F. da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 483 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO
FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES
DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208505

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208505

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela 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



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: _____

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

Nome completo: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA CPF: 576.563.394-34
Profissão: Autônomo Endereço: RUA FRANCISCA MENDES DE SOUSA Número: 108 Complemento: _____
Bairro: JARDIM ROGERIO Cidade: POMBAL Estado: PB CEP: 55940-000
E-mail: XTHAVAGO CARNEIRO X @HOTMAIL.COM Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 ☐ CONTA: 00007393 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve ser acompanhado por alguém capaz de ler e escrever.

19 MAR 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 096/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **21/01/2019** hora: **17:23 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**, alcunha "CACHEADO",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 51 anos
, nascido em 10/05/1967, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: autônomo, Escolaridade: alfabetizado,
documento: RG 002.735.634 SSP-RN, filiação: Severino Fernandes da
Silva e de Severina Regina da Conceição, endereço: Rua Francisca
Mendes de Sousa, 108, Jardim Rogério, Pombal-PB, referência:
Abrigo dos Idosos. Tel/Cel:(83) 99839-5412;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 21/01/2019
por volta das 17:23 hrs a vítima conduzia a Moto Honda CG 150
Titan, 2008/2008, cinza, chassi 9C2KC08108R266676, placa MOS-3906
de sua propriedade, mas licenciada em nome de Marivaldo Santana
Trigueiro, quando pilotava pela Rodovia PB 293 no sentido
Comunidade Maravilha/Paulista nas proximidades da comunidade do
Sanharão, perdeu o controle da moto sozinho vindo a cair; Que em
virtude do acidente sofreu traumas na cabeça e varias escoriações
pelo corpo; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada
mais a consignar.

São Bento, 29 de Janeiro de 2019. Às 08:23 horas.

Lucenildo F. da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Pedro Terceiro

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

19 MAR 2019

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 021.623.485



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

12/03/2019

CONSUMO

241

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 220,14

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Roteiro: 06-227-060-6100

83690000002-4 20140054000-5 11063272019-6 03000227019-4

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 220,14

MATRÍCULA

1106327-2019- 03-0



19 MAR 2019

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Glaydson L. Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucenildo Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 576.563.394 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura TPUAL DEZ da Vítima Lucenildo Fernandes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 Coronel João Carneiro</u>	Número	<u>S/P</u>	Complemento	<u>1º Andar</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Pombal</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>XTHYAGO.CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>53840-000</u>	
				<u>(63) 99660-7071</u>	

Pombal, 16 de Março de 2019
Local e Data

Thyago Glaydson L. Carneiro
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marivaldo Santana Trigueiro,
RG nº 1995567, data de expedição 15/12/93,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 027138314-31, com
domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Newton Seixas, nº 512,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lucimildo Fernandes da Silva, cujo o condutor era
Lucimildo Fernandes da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MOS 3906 / PB
Chassi: 9CK2KCO5108F266676
Data do Acidente: 21/01/2019
Local e Data: Pombal, 13 de Março

Marivaldo Santana Trigueiro
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 483 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de MARIVALDO
SANTANA TRIGUEIRO e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.

JOANA D'ARCELIA DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AH38539-109L
Confira os dados do ato em: <https://seledigital.tpb.pb.br>

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabelião Pública
CPF: 675.687.684-50

19 MAR 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBA AL. Acidente de Moto
"SENADOR RUI CARNEIRO"



6. Series SAMU 1-7:30

NPJ CP: 06.778.268/0014-03

☐ VERMELHA

LEITO:

SINAIS VITAIS:

PA: 140/90 SPC: R: HGT: 158 cm

QUEIXAS:

MEDICACÃO EM USO:

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SINTOMÁTICOS: *sem lesões cutâneas*

at least 1000

1. The first part of the paper is devoted to a review of the literature on the topic.

[Faint, illegible handwriting on a lined background]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS: 10.000 fscs / ml de orina - 18.500 c...

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

[illegible][illegible]

3. Cellulose 11.5 12.1 12.6

4°

5° *X p/1000*

6. Personalization

7"

8. Dependent AD - CSN

9" 18 40

10" 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

11°

12° *Adiantum* *19/30*

13°

14°

15° *Handwritten notes and scribbles*

16°

17° 19 MAR 2019

18

19"

20"

19 MAR 2019

Dr. Osvaldo de Sousa Neto
2870-095 / 32.550.8848
Geografia Geral

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID

OBSERVAÇÕES DA ENFERM. (CEP):

OBSERVAÇÕES DA ENFERM. EPT:

Primeira lavagem com água e sabão. O paciente não apresenta mais dor no local da cirurgia. O curativo está bem aderido. Realizado o curativo.

Dr. Carlos Henrique Formiga Faria

CRM-PE 176.973

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAO):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

FROM MEMORANDUM

TIPO DE ATENDIMENTO:

- | | |
|--|--|
| | 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA; |
| | 02 - PRIMEIRA CONSULTA; |
| | 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE; |
| | 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA; |
| | 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); |
| | 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA; |
| | 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE. |

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 1 - PRESCRIÇÃO | ☐ OBSERVAÇÃO | ☐ RESIDÊNCIA | ☐ INTERNAÇÃO |
| ☐ 2 - APLICADA | ☐ OUTRO HOSPITAL | ☐ OUTRO | ☐ OUTROS |

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIME 115

VLTN PRICE.

HPD ATTEND

GRUPO ATEND.

FAIXA ETÁRIA:

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) - CARIÓTIPO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OJ POLEGAR DIREITO

x Lucinete Fernandes Farias

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CALÍMEC

19 MAR 2019

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA						
REPOSIÇÃO VOLEMICA	VOLUME	19 MAR 2019	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	20ml					
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%						
SOLUÇÃO GLICOSEADA 5,5%						
OUTRO						

Flaviana Alves de
Enfermeira
COREN: 134280

EQUIPE

Josina Farias da Silva
Condutor / Socorrista
CNH: AB / RJ: 7.349.201

ENFERMEIRO

COREN

TIC ENFER

LOCAL DE CESTIO

H R Pombal

RESPONSÁVEL

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PE, NESTA OPORTUNIDADE.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RG

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO

NOME DO RECEPTOR

FUNÇÃO

ASSINATURA DO RECEPTOR

19 MAR 2019



Paciente: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA
Data de Nascimento: 20/05/1967
Data do Exame: 21/01/2019
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tóxico e tem dimensões normais.

Calcificações parietais nos sífoes carotídeos.

Ausência de fraturas desalinhadas na calota craniana e/ou coleções hemáticas intracranianas.

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

CONCLUSÃO:

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

Calcificações parietais nos sífoes carotídeos.

NOTA: Discreta sinusopatia fronto-esfeno-etmoidal bilateral.

Natália Saraiva Coelho

19 MAR 2019

Assinado Eletronicamente por: Dra Natália Saraiva Coelho CRM 10667-ES | Médica-radiologista RQE 8837-ES CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 21/01/2019 19:39:23 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

1093143270

1093143270

1093143270

NOME	
LUCENILDO FERNANDES DA SILVA	
RG	002735634
CPF	574 563 194 34
DATA NASCIMENTO	10/05/1967
FILIAÇÃO	
SEVERINO FERNANDES DA SILVA	
SILVIA REGINA DA CONCEIÇÃO	
PERMISSÃO	21/07/2016
LOCAL	FORRAL, PR
DATA EMISSÃO	20/03/2015
	
48260186560 PHO 10270766	

19 MAR 2019

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
THYAGO GLAYSSON LEITE CARNEIRO

Filiacao
ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

Naturalidade
POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO
10/08/1984

RG
7.887.048 - SSP/PB

CPF
057.814.794-00

DATA DE REGISTRO E EXERCICIO
NÃO

DATA DE EXERCICIO
01/02/2011

Thyago Glaysson Leite Carneiro
TODAS ASSESSORAS E ASSASSISTENTES
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome
THYAGO GLAYSSON LEITE CARNEIRO

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA DE UF
78971008 DSP PB

CPF
057.814.794-00

DATA NASCIMENTO
10/08/1984

Filiacao
ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

Sexo
M

ACC
AB

CAPIA
AB

RECORRE
04521750404

VALIDADE
04/11/2018

1ª EMISSÃO
05/12/2008

Thyago Glaysson Leite Carneiro
ASSINATURA DO PORTADOR

Assinatura do Emissor
Rodrigio Carneiro
18542007291
18027394069

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
881438517

PROIBIDO PLASTIFICAR
881438517

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09899542

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.962/94)

Assinatura do Portador
Thyago Glaysson Leite Carneiro

Assinatura do Emissor
Rodrigio Carneiro

19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 0142000060635
1 0026011129-7 00/00000000 2018

MARIVALDO SANTANA TRISQUEIRO

02713831431 MOS3906/PB

NOVO PB 9C2HC08108R266676

PAS/MOTOCICLE/NAO/APLIC GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN TC 2008 2008

2 P/149 /CI PARTIC CINZA

P	00/00/0000	1*
V	0	2*
A	0	3*

***** SEGURO P A G O 28/06/2018

A.F ADM DE CONC NUCION HONDA LTDA

POMBAL-PB 03/07/2018

9440 14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 0142000060635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 03/07/2018

1 02713831431 MOS3906/PB

00980111897 HONDA/CG 150 TITAN KS

2008 9 9C2KC08108R266676

PREMIO TARIFARIO

***** SEGURO P A G O

S 28/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.908/0001-04

14796-1421124-20180703

19 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

D.I.P. 105



Marivaldo Santana Trigueiro
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1995567 DATA DE EMISSÃO: 15 DEZ 1993

NOME: MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

FILIAÇÃO: Rivaldo Trigueiro da Costa
Margarida Santana Trigueiro

Pombal-PB 11.12.1975
DATA DE NASCIMENTO

Cert. de Nasc. nº 2.923, Fls. 99, Liv. nº 9
DOC. ORGEM: A-4-Cart. de Pombal-PB

CPF: *[assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 1966

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

ASSINATURA: *Marivaldo Santana Trigueiro*
MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 28/02/96

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO

Nº de Inscrição: 027138314-31 Data do Nascimento: 11/12/75



19 MAR 2019



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
596-1049
REFERÊNCIA
FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

MARIVALDO SANTANA TRIGLEIRO
RUA NEWTON SEIXAS, S/N - CENTRO POMBAI - PB
58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.005.100.0016.000		0001	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y00S701601	26-02-2010	ENTRADA DE CALDEIRA	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M ³)	NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA	
1226		1230	4	31		10/03/2019	
HIST. CONS. ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA - ANEXO DO PORT. 05/2017 - IMA					
JAN/2019		6	PARÂMETROS	EXIC.	ANÁLIS.	CONFORMES	
DEZ/2018		5	TURBIDEZ	46	46	46	
NOV/2018		3	CLORO	46	46	46	
OUT/2018		5	COL. TERMO	0	0	0	
SET/2018		6	CCR	10	46	42	
AGO/2018		4	COL. TOTAIS	46	46	46	
MÉDIA(M)		4	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 12/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:55:14

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

4,05

37,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

ACRESCIMHO(S) MES(S) ANT. 12/2018

0,76

DUROS DE MIRA 12/2018

0,21

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 (R\$ 3,51) - 10% DE DESCONTO

VENCIMENTO:

24/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 38,88



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

19 MAR 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE DE ÓRBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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.

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: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDA DE ORBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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.

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