



Número: **0800629-54.2018.8.15.0021**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Caaporã**

Última distribuição : **27/11/2018**

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	
DAVI JOSE DE SOUSA (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31835 476	26/06/2020 12:08	2730173_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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 COAF**².

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 Ricardo H.C. Hardman inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.202.404/12, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Davi José de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 652.767.794-49, do sinistro de DPVAT cobertura Invólido, a Vítima Davi José de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 652.767.794-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios: OAB

☐ Recuso informar

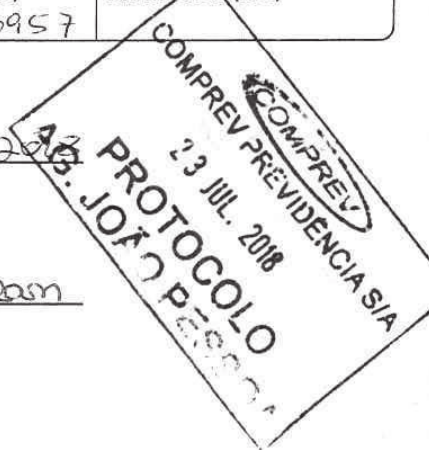
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Afonso Lopes</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-380</u>
Email <u>previdenciado@lucianasantana.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)341-6957</u>	Telefone celular (DDD)

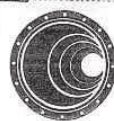
João Pessoa PB 09 de julho de 2018
Local e Data

Ricardo Henrique C. Hardman
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE I. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.		
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG. ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A:	MAI/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
CAGEPA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:08:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612080085700000030521566>

Número do documento: 20062612080085700000030521566

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Davi José de Sousa, portador da carteira de identidade nº 992 999 PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 652.767 794-49, residente e domiciliado na Sítio Retirada, nº 08, Cidade Coqueiros, Estado PB, 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Pessoa/PB 25/04/18

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa

Local e data





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, na data de 12/04/2017 por volta das 17h 15minh foi prestado atendimento pela ambulância da Secretaria de Saúde do Município ao **SR DAVI JOSE DE SOUSA** portador do RG 992.999 SSP-PB, vítima de queda de moto na divisa entre os estados da Paraíba e Pernambuco, sendo o mesmo conduzido ao Complexo Hospitalar governador Tarcísio de Miranda Buriti (ORTOTRAUMA) em João Pessoa – PB.

Atenciosamente;

Carlos Vanderley
Enfermeiro
COREN/214.103
CNS-980016282327836

Carlos Vanderley
Enfermeiro Palntonista
Coren 214.103





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
6ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 412/2017

Versando sobre: Acidente de Trânsito

Data do ocorrido: 12 de Abril de 2017

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: 10hs08min, do dia 16 de Junho de 2017.

Local do ocorrido: BR101, divisa, Caaporã/PB.

COMUNICANTE:

Nome: **DAVI JOSÉ DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASILEIRO**

Naturalidade: **Ingá/PB**

Idade: **57 anos**

Data de nascimento: **09/10/1959**

Estado Civil: **solteiro**

Profissão: **agricultor**

Identidade nº: **997.999 SSP/PB**

CPF: **652.767.794-49**

Filiação: **Lindalva Maria da Conceição e de pai não declarado**

Endereço Trabalho: **Sítio Retirada, n.º 08, Caaporã/PB**

Telefone: **(83) 993542665**

Ponto de Referência: **Próximo ao Fórum de Caaporã/PB**

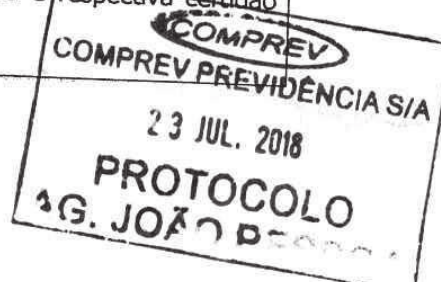
HISTORICO: Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE:

No dia 12 de Abril de 2017, por volta das 17hs, o comunicante pegou uma carona na moto de um desconhecido na cidade de Goiana/PE, com destino a sua residência em Caaporã/PB; QUE, ao chegar na divisa entre PB e PE, na BR 101, nas proximidades do Posto fiscal da PB, houve uma acidente; QUE, segundo o comunicante tudo aconteceu de forma tão rápida que o comunicante não sabe informar se o motorista da moto se desequilibrou e caiu ou se houve colisão com outro veículo; QUE, o motorista da moto foi embora do local e deixou o comunicante lá, sendo este socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burty (ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA); QUE, segundo laudo apresentado pelo comunicante, este sofreu trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, sendo submetido a tratamento cirúrgico com o uso de material de osteossíntese e segundo o laudo inapto a realizar atividades laborais e habituais por um período de 90 dias, CID S82.6.; QUE, o comunicante não sabe informar os dados da moto e nem conhece o proprietário que lhe deu carona; **Lido e achado conforme, vai devidamente assinado, pelo depoente, e por mim, Escrivão ad hoc que digitei.** Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

DAVI JOSÉ DE SOUSA

DAVI JOSÉ DE SOUSA
COMUNICANTE

RENATA TEIXEIRA
RENATA TEIXEIRA
ESCRIVÃ "AD-HOC"





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

652.767.794-49

Nome completo da vítima

Dani Foxe de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Dani Foxe de Sousa	652.767.794-49	Desempregada
Endereço	Número	Complemento
Rua Relvada	2008	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Cooperação	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58326-000	(83) 99354-2665

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0774

D/V

013

CONTA

NRO.

000067787

D/V

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

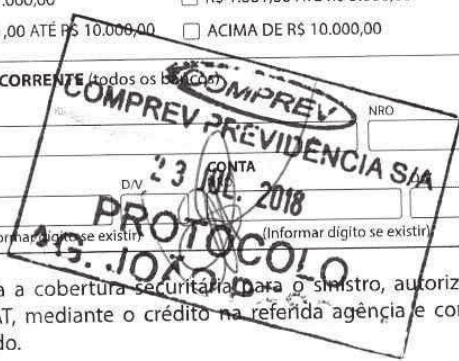
Nome

AGÊNCIA

NRO.

(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.

João Pessoa PB 25 de abril de 2018

Local e Data

João Pessoa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA

DATA: 16/01/2018

HORA: 06:35:12

TERMINAL: 07741002

CONTROLE: 077410020012

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA : 013.00006178-7

CLIENTE: DAVI JOSE DE SOUSA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	
12/01	
14/01	

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	
12/01	
16/01	

RESUMO EM 15/01

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:08:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612080085700000030521566>

Número do documento: 20062612080085700000030521566



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVI JOSE DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01259/01260 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14199900



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180336826
Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA
Data do Acidente: 12/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00241/00242 - carta_03 - INVALIDEZ

00060121



Carta nº 13483848



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180336826
Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA
Data do Acidente: 12/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00101/00102 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13151852



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **DAVI JOSE DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180336826**

Vitima: **DAVI JOSE DE SOUSA**

Data do Acidente: **12/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336826**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13150610

Pag. 00083/00084 - carta_01 - INVALIDEZ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267791/18

Número do Sinistro: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

CPF: 652.767.794-49

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVI JOSE DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 09/10/2018
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
CPF: 052.202.404-12

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

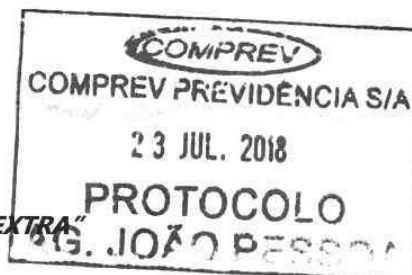
RENATO LUNA DIAS





LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE:

Davi José de Sousa, Brasileiro, solteiro, inscrito
no CPF 652.767.794-49, RG 992.999, residente e
domiciliado em São Raimundo, N.º 108, Cacoara, PB, CEP
58326-000.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625, RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa/PB, 14 de julho de 2018.

Davi José de Sousa

OUTORGANTE



TABELIONATO DE NOTAS DIST. DE CUISSURA
Rua do Comercio, 324, Cupissura, Caaporá - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

DAVI JOSÉ DE SOUSA

Dou fé. Caaporá/PB - 06/02/2018

Substituto: Edvaldo Salustiano da Silva

Selo Digital: AGI85696-8HW1

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

Emol R\$ 9,23 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB

Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB



[illegible]

DAVI JOSE DE SOUSA

09.10.59

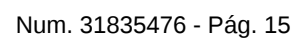
Percebe da Sousa

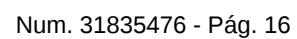
652.767.794-49

COMPREV
COMPREV
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
A.G. 10728

[illegible]

1
 CALCOLO DEI TARIFFI DI SPEDIZIONE AEREA
 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
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523





LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi José de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>57a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>12.04.2017</i>		DATA DE ALTA <i>21.04.2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias.</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo</i>				CID <i>S82.5 + S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES				
Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial				
*APÊUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
CONDIÇÕES DE ALTA				
(X) MELHORADO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico etc.

POUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol)

COMPLEXO HOSPITALAR
COMPREV PREVIDÊNCIA
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
4210777 P-000

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 21 dias para revisão.

21.04.2017

DATA

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603

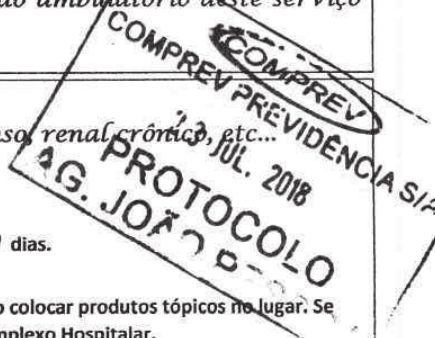
ASS. MÉDICO / C.R.M

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi Jose de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>58 a</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>25/10/2017</i>		DATA DE ALTA <i>25/10/2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaleolar</i>				CID	
AGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidada de tornozelo E</i>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
BITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertensão, renal crônica, etc... EPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 21 dias para revisão.					
DATA <i>25/10/17</i>			ASS. MÉDICO / C.R.M. <i>[Assinatura]</i>		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



Pl. Davi José de Sousa

Laudô Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.6

Dr. Alexandre Galvão
Especialista em Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603

20/04/2017

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB TEOT 9.603



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado,

que Davi José de Souza,

portador do RG.: _____, foi submetido à

consulta médica nesta data, no horário das _____

horas, sendo portador da afecção CID-10 S82.5+S82.6

_____ em decorrência, deverá permanecer

afastado de suas atividades laborativas por um período

de 60 (SESSENTA) dias, a

partir desta data.

Caaporá/PB, 06 / 06 / 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o Dr(a). _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso

neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Dr. João do Saz
Háuse Mórnu

Receita com fraco de sturculap
de prembro, Receita em bolcudo
Receita macenute re. apst.
e ses exstos no tempo
mclundob.
5026/ Mco.

Assinatura e Carimbo

Dr. João do S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia





P/ Davi José de Souza

R

Uso Oral

1) Cefalexina (500mg) ----- 01 CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 06/06 horas por
07 (sete) dias.

2) Profenid (100mg) ----- 01 CX
(Cetoprofeno)

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 05 (cinco)
dias.

[Signature]
25/10/2017



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÁ
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	USF Retinada
	3015572
CRM:	9219 UF: PB
Endereço:	Setor Retinada
Cidade:	Caaporá UF: PB
Fone:	

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

[Handwritten signature]
Data: 06 / 06 / 17

Assinatura e carimbo do Médico

Data: 06 / 06 / 17

Paciente: Dr. José de Souza

Endereço: Duísia, Caaporá

Prescrição:

R1

Uso Oral

1. Tylenol 500 + 30mg - 01cp
Tomar: a/cp, 8/8 se dor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident./CPF:	
Orgão Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Fornecedor/Farmacêutico	
Data:	/ /

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTOCOLO
13.1012.0000





SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Davi José de Souza

R/ Uso Oral

1. Ibuprofeno 600mg — 300cpo
Tomar 01 cp, vo, 12/12h por
05 dias



Caaporá/PB, 05/06/2017

Assinatura e Carimbo Médico



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi Jose de Sousa</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>58 a</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>25/10/2017</i>		DATA DE ALTA <i>25/10/2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaleolar</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PR: EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidada de tornozelo E</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A-PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientação com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertensão, renal, etc...
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

25/10/17

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

