
Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553808

Vítima: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS ARAUJO 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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553808

Vítima: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS ARAUJO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/07/2019, emitido pelo Dr. ROSÂNGELA M ESCOREL CRM nº 3883 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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:
	077.264.424-17	Lucas Araújo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Lucas Araújo da Silva	077.264.424-17	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusou-se	Rua Dr. José Maria	514
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Ribeirão	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ccf.oliveira@gmail.com	58338-000	83-98849-5530

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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 1732 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ribeirão - PB, 26/09/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 26 SET. 2019

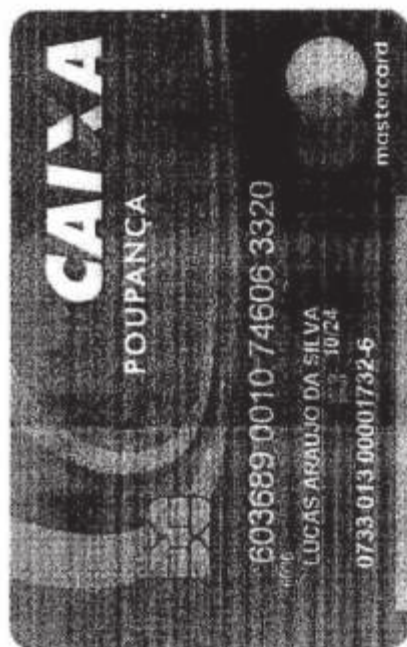
CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.



CAIXA
POUANÇA

603689 0010 74606 3320

LUCAS ARAUJO DA SILVA
10/24

0733.013.00001732-6

mastercard



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRICULA: E. MAGALHAES/1069608		DATA/HORA: 15/01/2018 12:15
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: MAMANGUAPE/PB		
BR: 101	KM: 44.9	SENTIDO: Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Nublado	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDIÇÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Concreto	ESTRUTURA VIÁRIA: Curva	
LOCALIDADE URBANIZADA: Não	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVENÇÃO S/A.
25 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF E. MAGALHAES, MATRICULA 1069608

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 21:31

NÚMERO DE CONTROLE: 2D086403842A80049BA3DD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

No dia 15/01/2018, às 12:22 h, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 101, km 44,9, no município Mamanguape/PB. A equipe chegou ao local às 12:28, encontrando os veículos em sua posição de repouso, o local foi preservado. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. O céu estava nublado e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente. O acidente, uma COLISÃO TRASEIRA, envolveu o veículo HONDA/CG 160 FAN ESDI de placa QFP-4848/PB, doravante denominado V1, e o veículo I/CHEVROLET CLASSIC LS de placa QFK-4530/PB, doravante denominado V2. Conforme averiguações realizadas no local, constatamos, através dos vestígios e das declarações verbais dos condutores, que o condutor do V1 teve uma rápida distração com pedestres que caminhavam no acostamento e colidiu a dianteira do V1 na traseira esquerda do V2, tendo sido o condutor do V1 projetado ao solo. O condutor V1 sofreu lesões leves e foi socorrido pela VTR do Samu de Mamanguape-PB para o Hospital Regional de Mamanguape, sendo o V1 recolhido ao pátio contratado por não haver responsável legal para recebê-lo. Os dois ocupantes do V2 ficaram ilesos. Todos os condutores foram submetidos ao teste de alcoolemia, etilômetro, com resultado 0,00mg/l de ar. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. O croqui fornece uma representação esquemática do evento.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL

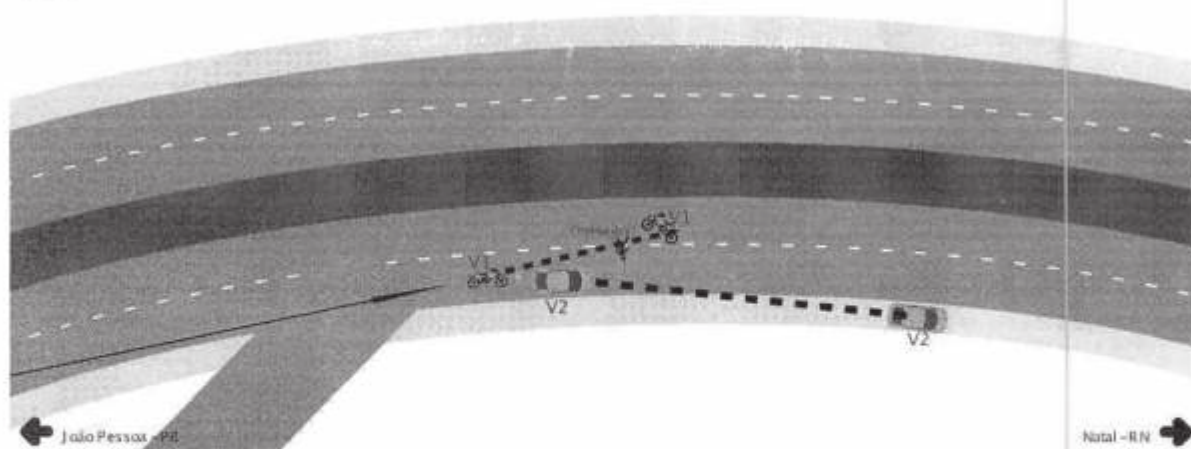


DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

Croqui



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF E. MAGALHAES, MATRÍCULA 1069608

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 21:31

NÚMERO DE CONTROLE: 2D086403842A80049BABBDD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: QFP4848	MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 FAN ESDI	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC2200GR107761	RENAVAM: 01074026729	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo removido para o pátio da Tranguard (empresa de guarda e remoção de veículos contratada pela PRF) conforme e-DRV n 1401.180115.1230-427 devido ao fato do condutor ter sido socorrido.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: ANYEFERSON DA SILVA MENDES		CPF/CNPJ: 102.418.114-65	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R SEBASTIAO F OLIVEIRA SN CASA	NUMERO:
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB	
TELEFONE: 	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QFK4530	MARCA/MODELO: I/CHEVROLET CLASSIC LS	ANO FABRICAÇÃO: 2014
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 8AGSU19F0FR136592	RENAVAM: 01028500146	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: EDMILSON FRANCA DOS SANTOS	CPF/CNPJ: 033.747.464-89
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: SITIO SOUSA SN	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: SAPE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / QFP4848 / HONDA/CG 160 FAN ESDI		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: LUCAS ARAUJO DA SILVA	CPF: 077.264.424-17	DATA DE NASCIMENTO: 29/04/1992
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: JUDITH ARAUJO DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: R JOSE MARIA		NÚMERO: 21
COMPLEMENTO:		BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB		
TELEFONE: 83-98752-7589	EMAIL: lucasjuara22@gmail.com	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 05317762751	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 03/10/2011	VALIDADE DA CNH: 18/10/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Socorrido para o Hospital Regional de Mamanguape-PB pela equipe do Samu de Mamanguape, composta pelo condutor Josevando, Enfermeira Raana Paula e Técnica de Enfermagem Emanuele.		



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFK4530 / I/CHEVROLET CLASSIC LS		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ANTONIO EMIDIO DOS SANTOS	CPF: 027.542.264-00	DATA DE NASCIMENTO: 09/11/1976
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: MARIA LOURENCO DOS SANTOS	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: SITIO SOUSA		NUMERO: SN
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: Z RURAL	
MUNICIPIO/UF: SAPE/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03804513081	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 20/03/2006	VALIDADE DA CNH: 22/02/2021	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFP4848 / HONDA/CG 160 FAN ESDI

NÚMERO DO BAT:

18003652B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

E. MAGALHAES/1069608

DATA/HORA:

15/01/2018 12:15

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF E. MAGALHAES, MATRÍCULA 1069608

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 21:31

NÚMERO DE CONTROLE: 2D086403842A80049BABDD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF E. MAGALHAES, MATRÍCULA 1069608

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 21:31

NÚMERO DE CONTROLE: 2D086403842A80049BABDD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18003652B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF E. MAGALHAES, MATRÍCULA 1069608

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 16/01/2018 21:31

NÚMERO DE CONTROLE: 2D086403842A80049BABDD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 11 de 11

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:
	077.264.424-17	Lucas Araújo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Lucas Araújo da Silva	077.264.424-17	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebeu-se	Rua Dr. José Maria	514
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Ribeirão	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ccf.oliveira@gmail.com	58338-000	83-98849-5530

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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 1732 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ribeirão - PB, 26/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas Araújo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Waldemar Neto

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 25 SET. 2019

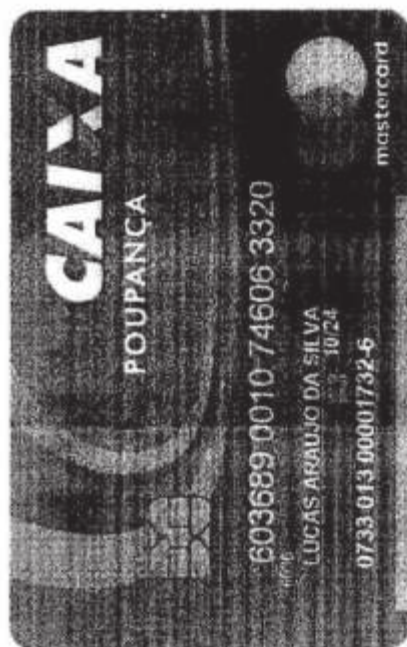
CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



CAIXA
POUANÇA

603689 0010 74606 3320

LUCAS ARAUJO DA SILVA

10/24

0733 013 00001732-6

mastercard

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58156-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 94617 Atd: Nao Regular
Data: 15/01/2018
Hora: 17:34:33
Recepcionista: LENICE FLOFENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.002074

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3374182 Fone: 987875146

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/04/1992 Id: 25 ano(s)

End.: RUA DOUTOR JOSE MARIA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: PILAR UF: PB

Mae: JUDITH ARAUJO DA SILVA

Pai: DANIEL RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Fel/Doc. Responsável: 987875146 / IDENTIDADE: 3374182

Procedencia: HOSPITAL HGM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CL.MOTOXCARRO AS 12HS

Vitima de violência por: CAPIM

[] Caso Policial

030309022-
030106006

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal
QUEDA DE MOTO

FATURADO

COMPREV
COMPREV SEQUPOS PREVENCAO SIA
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

de moto há 30 min. Nega perda de consciência ou vômito.
Relata náuseas há 5 min.

Diagnostico

Conduta Avaliação da entorpeção

Prescrição

Horario da medicacao

1. Dexametazona 4g + AD - IV
2. Ringer HES + AD - IV

1934
Monatan França Arruda
CIRURGIÃO GERAL
CRM 6696
CREMEPE 20159

42707ED1-14

Paciente com sintomas de se de fadiga,
sem dor no região lombar - sem prurigo etc.
Rx motine Tachine di 1º 9x3

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

D. Tachine
470 comprimidos

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

15/04/8

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

paciente em tratamento indutivo e produtivo
onco-gc, adom e mdd, fadiga, em sono,
a impco prurido
Dco - pto do onco-gc

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI,
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030/060061

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anneferson da Silva Mendes,
RG nº 3576 955, data de expedição 25 / 03 / 2007,
Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 302.413.114-65,
com Domicílio na cidade de Castanhal, no Estado
de PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) BR 316, COND. Super Life,
Estância nº 503, complemento, APARTAMENTO, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
LUCAS ARAUJO DA SILVA, cujo o condutor
era LUCAS ARAUJO DA SILVA.

Veículo.....: MOTOCICLETAS
Ano.....: 2015/2016
Modelo.....: FAN-160 ESDI
Placa.....: RFP-4843
Chassi.....: 9C2KC7200GB107761
Data do acidente.: 15/01/2019

Local e data: Castanhal-PA, 13 de 09 de 2019 SET. 2019

X Anneferson da Silva Mendes
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





CERTIDÃO

Nº. 1195/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº94617 e Prontuário Nº 2018.01.002074 pertencentes ao paciente **LUCAS ARAUJO DA SILVA** que foi atendido dia 15/01/2018 às 17h34min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em região lombar + dor em polegar esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica Intensivista

CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883





GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Data: 15/01/2018 13:43:12

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade: 25

BAE: 245018

ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO O MESMO COLIDIU EM TRASEIRA DE AUTOMÓVEL MAS NÃO FOI EJETADO. APRESENTA QUEIXAS DOLOROSAS EM POLEGAR DE MÃO ESQUERDA E EXAME DE RX CONFIRMA PRESENÇA DE FRATURA LOCAL.

Bruno Braga Abrantes de Sá

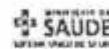
Dr. BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA
7674/PB

Lana

CD -

Ortopedia

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 1-CPF 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
2-CGC

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE	IDENTIDADE	IDADE
ENDEREÇO	PAM ☐	ORIGEM
BAIRRO	SES ☐	
	SSM ☐	

DADOS CLÍNICOS

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

Dr. André Ribeiro Araújo - Membro
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PB 37.955

CARIMBO E ASSINATURA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) LUIZ HENRIQUE DA SILVA portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S62.6, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
quinze dias, a partir desta data.

João Pessoa, 15/10/18

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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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

NOME
LUCAS ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3374182 SSP PB

CPF
 077.264.424-17

DATA NASCIMENTO
 29/04/1992

RELACAO
 DANIEL RODRIGUES DA SILVA
 JUDITH ARAUJO DA SILVA

PERMISSAO
 05317762751

ACC
 18/10/2021

CAHNA
 03/10/2011

VALIDADE
 18/10/2021

1ª HABILITACAO
 03/10/2011

OBSERVAÇÕES

Lucas Araujo da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 21/11/2016

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

56418908630
 PB033371245

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1404164127

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1404164127

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 26 SET. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
Nº 014201937875
VIA 1 0107402672-9 00/00000000 2018
RUA 10380-1
EXERCÍCIO

ANYEFERSON DA SILVA MENDES

CPF/CNPJ 10241811465
PLACA ANT / UR NOVO PB
CHASSI 9C2KC2200GR107761
PLACA QFP4848/PB

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NFC APLIC
MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI
CAP/INT/OL 2 P/162 /CI
CATEGORIA PARTIC
VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000
VENC. COTAS 1- 2- 3-

PRETA
PREMIO TARIFARIO
COTA ÚNICA 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
COTA ÚNICA 0

40681
5506

40681

5506

5506

5506

5506

5506

5506

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

PB Nº 014201937875

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 1 10241811465

10241811465

RENAVAM 11074026729

11074026729

PLACA QFP4848/PB

QFP4848/PB

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB 2015

2015

CHASSI 9C2KC2200GR107761

9C2KC2200GR107761

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

DOCUMENTO PESSOAL
DO PROPRIETÁRIO DO
VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CANTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANYEFERSON DA SILVA MENDES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / PF
3576935 SSOS PB

CPF
102.418.114-65 DATA NASCIMENTO
29/06/1992

FILIAÇÃO
JOSE FERNANDES MENDES
SOCORRO DE FATIMA
FERREIRA DA SILVA

PERM. BOMBAIO ACC. CACIMBA
AB

Nº REGISTRO
0E491383034 VALIDADE
25/05/2020 Nº HABILITAÇÃO
23/10/2015

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404142640

PROBIDO PLASTIFICAR
1404142640

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
16/11/2016

81360053505
PB033571872

DETRAN - PB (PARATIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de inscrição
102.418.114-65

Nome
ANYEFERSON DA SILVA MENDES

Nascimento
29/06/1992

COMPREV
COMPREV SEÇÃO DOCUMENTAÇÃO
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

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:
	077.264.424-17	Lucas Araújo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Lucas Araújo da Silva	077.264.424-17	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebeu-se	Rua Dr. José Maria	514
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Ribeirão	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
ccf.oliveira@gmail.com	58338-000	83-98849-5530

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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 1732 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Ribeirão - PB, 26/09/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas Araújo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adriano Luiz de Queiroz

Assinatura do Procurador (se houver)

Waldemir Neto

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 25 SET. 2019

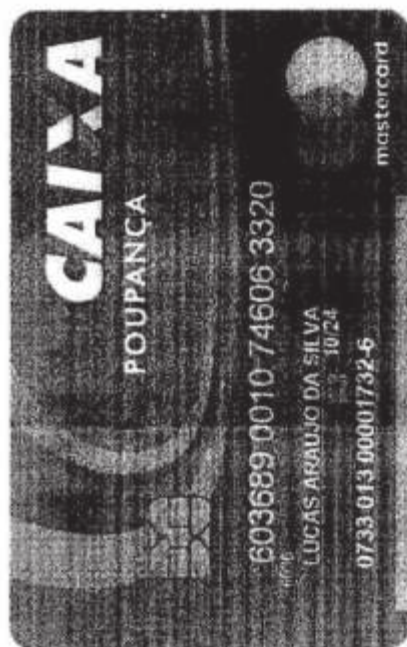
CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



CAIXA
POUANÇA

603689 0010 74606 3320

LUCAS ARAUJO DA SILVA

10/24

0733 013 00001732-6

mastercard



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Policiano Circo, 239 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

961910-

RESERVA 12

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2019

NIEL R DA SILVA

A DR JOSE MARIA, S/Nº CENTRO PILAR PB 58.335-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
1.002.155.0695.000		000	1	0	0	0	
Informações	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
72045088	06/05/1998	INTERNO	LIGADO		POTENCIAL		
TERIOR ATUAL CONSUMO (R\$) FIM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA							
1814		1814	4		29		25/03/2019
ST. CONS./ANOR LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2011 MS							
AN/2019	4	30	PARÂMETROS		EXTG.	ANALIS.	COM ORDES
EZ/2018	4	30	TURBIDEZ		16	18	13
DV/2018	4	30	CLORO		16	49	49
UT/2018	4	30	COL. TERMOT		0	0	0
ET/2018	4	30	COR		10	10	10
GO/2018	4	30	COL. TOTAIS		16	13	18
EDJA(M)		4	DADOS REFERENTES A 04/2/2018				

FA DA IMPRESSÃO: 26/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02

ESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

GUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

4 MS

37,91

SGOTO

COMPKEV
COMPKEV SEGURANÇA E PREVENÇÃO S/A
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

ENCIMENTO:

08/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

DEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDROMETRO TIPO DE TARIFA: 1

FORMAÇÕES GERAIS:

* ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTG RECIFE DE PL? DATA DE Postagem: 08/05/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



96479523



7311307014378234603201563130080519

COMPREV

COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAÇÃO

25 SET. 2019

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Lucas Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17 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		Número	Complemento
<u>Avenida Luciano</u>		<u>172</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>cc.f.advs@gmail.com</u>	<u>83-3506-1910</u>	<u>83-988495530</u>	

João Pessoa, 26 de Setembro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.336/84)



ASSINATURA DO TITULAR

Observações

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

DATA DE EXERCÍCIO
01-07/05/2016

DATA DE EXERCÍCIO
01-07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

22742

COMPREV
COMPREV
26 SET. 2010
PROTCCO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Lucas Araújo da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Operador de Máquinas</u>	Nº DO RG:	<u>053 177 627 51</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Detran - PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>21/11/16</u>
Nº DO CPF:	<u>077.254.424-17</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Dr. José Maria, s/nº, Centro, Pilar, cep 58338-000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Lucas Araújo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 10 de Setembro de 2019.

Lucas Araújo da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

TABELIONATO DE NOTAS E ANEXOS

Avenida Anísio Pereira Borges, 261, Centro, Pilar - PB

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

LUCAS ARAÚJO DA SILVA

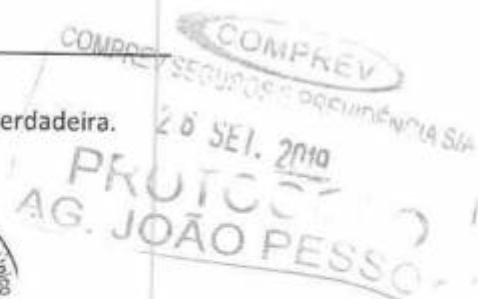
Dou fe. Pilar/PB - 10/09/2019

Tabelião Bel: Domicílio Monteiro da Silva

Selo Digital: AJA95072-ED7Q

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

Emol R\$9,91 Farpem R\$0,29 MP R\$0,16 Fog R\$1,82



Domicílio Monteiro da Silva



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Policiano Cirne, 239 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

961910-

RESERVA 12

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2019

NIEL R DA SILVA

A DR JOSE MARIA, S/Nº CENTRO PILAR PB 58.335-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
1.002.155-0695.000		000	1	0	0	0		
Informações	Data de Instalação		Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
72045088	06/05/1998		INTERNO	LIGADO		POTENCIAL		
TERIOR ATUAL CONSUMO (R\$) FIM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA								
1814	1814	4	29		25/03/2019			
ST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2011 MS								
AN/2019	4	30	PARÂMETROS		EXTG.	ANALIS.	COM ORDES	
EZ/2018	4	30	TURBIDEZ		16	18	13	
DV/2018	4	30	CLORO		16	49	49	
UT/2018	4	30	COL. TERMOT		0	0	0	
ET/2018	4	30	COR		10	10	10	
GO/2018	4	30	COL. TOTAIS		16	13	18	
EDJA(M)		4	DADOS REFERENTES A 04/2/2018					

FA DA IMPRESSÃO: 26/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02

ESCRICAO

CONSUMO TOTAL(R\$)

GUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

4 MS

37,91

SGOTO

COMPKEV
COMPKEV SEGURANÇA E PREVENÇÃO S/A
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

ENCIMENTO:

08/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDROMETRO TIPO DE TARIFA: 1

FORMAÇÕES GERAIS:

* ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTE RECIFE DE PL? DATA DE Postagem: 08/05/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



96479523



7311307014378234603201563130080519

COMPREV

COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAÇÃO

25 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Lucas Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17 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		Número	Complemento
Avenida Luciano		172	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58013-430
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
cc.f.advs@gmail.com	83-3506-1910		83-988495530

João Pessoa, 26 de Setembro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anneferson da Silva Mendes,
RG nº 3576 955, data de expedição 25 / 03 / 2007,
Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 302.413.114-65,
com Domicílio na cidade de Castanhal, no Estado
de PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) BR 316, COND. SUPERLIFE,
Estância nº 503, complemento, APARTAMENTO, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
LUCAS ARAUJO DA SILVA, cujo o condutor
era LUCAS ARAUJO DA SILVA.

Veículo.....: MOTOCICLETAS
Ano.....: 2015/2016
Modelo.....: FAN-160 ESDI
Placa.....: RFP-4843
Chassi.....: 9C2KC7200GB107761
Data do acidente.: 15/09/2019

Local e data: Castanhal-PA, 13 de 09 de 2019 SET. 2019

X Anneferson da Silva Mendes
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



CERTIDÃO

Nº. 1195/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº94617 e Prontuário Nº 2018.01.002074 pertencentes ao paciente **LUCAS ARAUJO DA SILVA** que foi atendido dia 15/01/2018 às 17h34min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em região lombar + dor em polegar esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica Intensivista

CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883





GOVERNO
DA PARAÍBA

HGM
HOSPITAL GERAL
DE MAMANGUAPE



Receituário

Paciente: LUCAS ARAUJO DA SILVA

Data: 15/01/2018 13:43:12

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

Idade: 25

BAE: 245018

ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO O MESMO COLIDIU EM TRASEIRA DE AUTOMÓVEL MAS NÃO FOI EJETADO. APRESENTA QUEIXAS DOLOROSAS EM POLEGAR DE MÃO ESQUERDA E EXAME DE RX CONFIRMA PRESENÇA DE FRATURA LOCAL.

Bruno Braga Abrantes de Sá

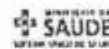
Dr. BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA
7674/PB

Lana

CD -

Ortopedia

HGM - Hospital Geral de Mamanguape
Rua Walfrido de Almeida e Silva
CNES: 7666772 - Tel.: (83)3292-9050



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 1-CPF 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
2-CGC

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE	IDENTIDADE	IDADE
ENDEREÇO	PAM ☐	ORIGEM
BAIRRO	SES ☐	
	SSM ☐	

DADOS CLÍNICOS

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

Dr. André Ribeiro Araújo - Membro
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PB 37.955

CARIMBO E ASSINATURA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) LUIZ HENRIQUE DA SILVA portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S62.6, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
quinze dias, a partir desta data.

João Pessoa, 15/10/18

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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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

NOME
LUCAS ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3374182 SSP PB

CPF
 077.264.424-17

DATA NASCIMENTO
 29/04/1992

RELACAO
 DANIEL RODRIGUES DA SILVA
 JUDITH ARAUJO DA SILVA

PERMISSAO **ACC** **CAT. INFRA**
 12 12 12

Nº REGISTRO
 05317762751

VIGENCIA
 18/10/2021

1ª HABILITACAO
 03/10/2011

OBSERVAÇÕES

Lucas Araujo da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 21/11/2016

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

56418908630
 PB033371245

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1404164127

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1404164127

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 26 SET. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.336/84)



ASSINATURA DO TITULAR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

Observações



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

DATA DE EXPIRAÇÃO
01-07/05/2016

DATA DE VENCIMENTO
01-07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

22742

COMPREV
COMPREV
26 SET. 2010
PROTCCO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 014201937875

DETRAN - PB

COD RENAVAM 201803000103880

EXERCÍCIO 2018

1 0107402672-9 00/00000000

ANYEFERSON DA SILVA MENDES

10241811465

NOVO PB

9C2KC2200GR107761

PLACA QFP4848/PB

PAS/MOTOCICLE/NFC APLIC

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2 P/162 /CI

PRETA

00/00/0000

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

LAURE 004084202

DETRAN

CONTRAN

PILAR-PB

40681



08/10/2018

5506

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

PB Nº 014201937875

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/10/2018

VIA 1 10241811465

RENAVAM 1074026729

ANO FAB 2015

CICLO 9

9C2KC2200GR107761

PLACA QFP4848/PB

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DOCUMENTO PESSOAL
DO PROPRIETÁRIO DO
VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CANTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERMUNICITÁRIO
VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404142640

NOME
ANYEFERSON DA SILVA MENDES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
3576935 SSOS PB

CPF
102.418.114-65

DATA NASCIMENTO
29/06/1992

FILIAÇÃO
JOSE FERNANDES MENDES
SOCORRO DE FATIMA
FERREIRA DA SILVA

PERM. BOMBEAR
ACC
CACHAL
AB

Nº REGISTRO
0E491383034

VALIDADE
25/05/2020

Nº HABILITAÇÃO
23/10/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/11/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

81360053505
PB033571872

DETRAN - PB (PARAÍBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
102.418.114-65

Nome
ANYEFERSON DA SILVA MENDES

Nascimento
29/06/1992

COMPREV
COMPREV/SEÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
26 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553808 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO LOMBAR.
FRATURA EM POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P1 / P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Lucas Araújo da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Operador de Máquinas</u>	Nº DO RG:	<u>053 177 627 51</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Detran - PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>21/11/16</u>
Nº DO CPF:	<u>077.254.424-17</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Dr. José Maria, s/nº, Centro, Pilar, cep 58338-000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Lucas Araújo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 10 de Setembro de 2019.

Lucas Araújo da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

TABELIONATO DE NOTAS E ANEXOS

Avenida Anísio Pereira Borges, 261, Centro, Pilar - PB

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

LUCAS ARAÚJO DA SILVA

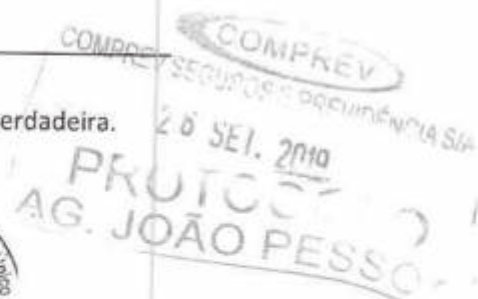
Doa. de. Pilar/PB - 10/09/2019

Tabelião Bel: Domicílio Monteiro da Silva

Selo Digital: AJA95072-ED7Q

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

Emol R\$9,91 Fapen R\$0,29 MP R\$0,16 Fog R\$1,82



Domicílio Monteiro da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334168/19

Vítima: LUCAS ARAUJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS ARAUJO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LUCAS ARAUJO DA SILVA : 077.264.424-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA