



Número: **0876237-98.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS ARAUJO DA SILVA (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33832 601	01/09/2020 11:16	<a href="#">2745345_CONTESTACAO_Anexo_02</a>



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14818016



012111/01212 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00477/00478 - carta\_31 - INVALIDEZ



00060239

Carta nº 14845930



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 2



## 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: 077.264.424-17

Nome completo da vítima:

bucos Araújo da Silva

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

Nome completo: **bucos Araújo da Silva** CPF: 077.264.424-17  
Profissão: **Recurso-SE** Endereço: **Rua Dr. José Maria** Número: **51v** Complemento:  
Bairro: **Bento** Cidade: **Belo** Estado: **PR** CEP: **58338-000**  
E-mail: **ccf.advoc@gmail.com** Tel.(DDD): **63-98849-5530**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0733**

CONTA: **1732** Dígito: **6**

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 atende 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 Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 restituir 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 Preto, 26/09/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

**bucos Araújo da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Adelson Bezerra de Queiroz**  
**Waldimiro Neto**

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **26 SET. 2010**

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

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

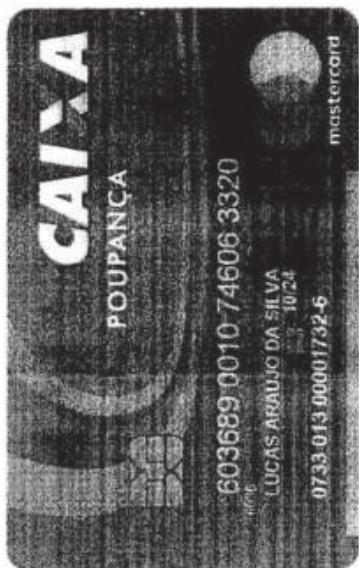
Assinatura

2º | 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 4



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

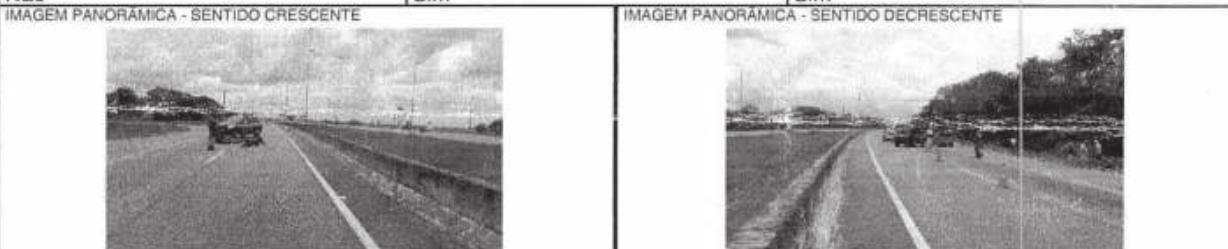
PROTOCOLO:  
18003652B01STATUS:  
Encerrado

## INFORMAÇÕES GERAIS

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

## ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

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



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:
---

COMPREV  
 COMPREV SEGURÓ SE PROCURÊNCIA SIA.  
 25 SET. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

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](http://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.

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>

Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 6



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



**PROTOCOLO:**  
18003652B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL.

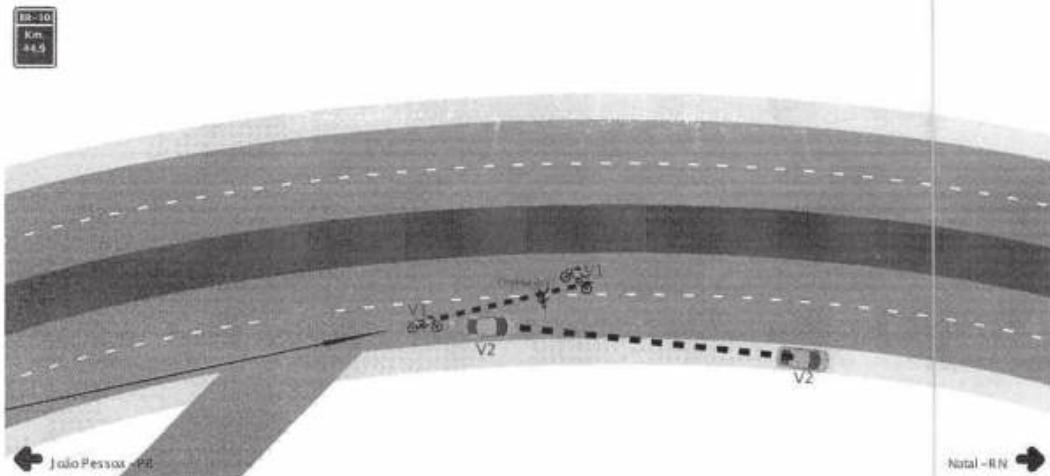


**DINÂMICA**

**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: 2D086403842A80049BABDD78224E7B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 7



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 Tranquard (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:

IMAGEM ADICIONAL



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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 4 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 8



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:  
18003652B01STATUS:  
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	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: 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

DESCRÍÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL



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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>

Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 9



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	EN VOLVIMENTO:	Condutor
NOME:	LUCAS ARAUJO DA SILVA	CPF:	077.264.424-17
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:		ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
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	UF:	

TELEFONE: 83-98752-7589 | EMAIL: lucasojuara22@gmail.com

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AD
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	05317762751	PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	VALIDADE DA CNH:	
03/10/2011	18/10/2021	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves	NÃO APPLICÁVEL	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
Sim	NÃO APPLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Sim	0.0 mg/L	Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISIVEIS 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 Emanuel.

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 de 11





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



**PROTOCOLO:**  
**18003652B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V2 / QFK4530 / I/CHEVROLET CLASSIC LS</b>	EN VOLVIMENTO: <b>Condutor</b>	
NOME: <b>ANTONIO EMIDIO DOS SANTOS</b>	CPF: <b>027.542.264-00</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>09/11/1976</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: <b>Masculino</b>
ESTADO CIVIL: <b>Casado(a)</b>	NOME DA MÃE: <b>MARIA LOURENCO DOS SANTOS</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>SITIO SOUSA</b>	NUMERO: <b>SN</b>	
COMPLEMENTO: <b>CASA</b>	BAIRRO: <b>Z RURAL</b>	
MUNICIPIO/UF: <b>SAPE/PB</b>		
TELEFONE:	EMAIL:	

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: <b>Habilitação Nacional</b>	PAÍS DA HABILITAÇÃO: <b>AB</b>	CATEGORIA: <b>AB</b>
MOTORISTA PROFISSIONAL: <b>Não</b>	Nº DO REGISTRO: <b>03804513081</b>	UF: <b>PB</b>
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: <b>20/03/2006</b>	VALIDADE DA CNH: <b>22/02/2021</b>	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: <b>Iléso</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>Sim</b>	
USAVA CAPACETE: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: <b>Sim</b>	RESULTADO DO TESTE: <b>0.0 mg/L</b>	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: <b>Não</b>
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>
--	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

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: <a href="http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar">www.prf.gov.br/novobat/autenticar</a>	

Página 7 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 11



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



**PROTOCOLO:**  
**18003652B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V1 / QFP4848 / HONDA/CG 160 FAN ESDI</b>	NUMERO DO BAT: <b>18003652B01</b>
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE: <b>E. MAGALHAES/1069608</b>	DATA/HORA: <b>15/01/2018 12:15</b>

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): <b>1</b>	DIMENSÃO DA MONTA: <b>Média</b>
-------------------------------------	------------------------------------

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 12



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



**PROTÓCOLO:**  
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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 9 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>

Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 13



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



**PROTOCOLO:**  
18003652B01

**STATUS:**  
Encerrado

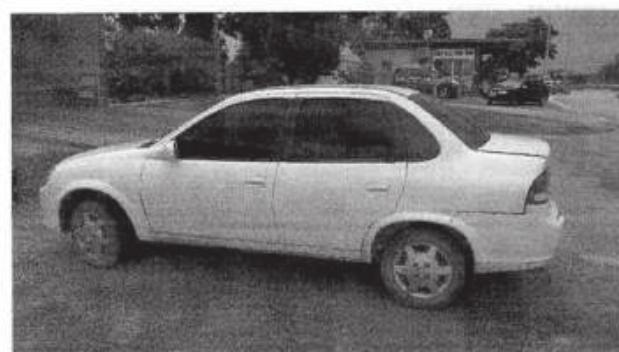
IMAGEM DA FRENTE (V2)

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>

Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 14



## 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: 077.264.424-17

Nome completo da vítima:

bucos Araújo da Silva

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

Nome completo: **bucos Araújo da Silva** CPF: 077.264.424-17  
Profissão: **Recurso-SE** Endereço: **Rua Dr. José Maria** Número: **51v** Complemento:  
Bairro: **Bento** Cidade: **Belo** Estado: **PR** CEP: **58338-000**  
E-mail: **ccf.advoc@gmail.com** Tel.(DDD): **63-98849-5530**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0733**

(informar o dígito se existir)

CONTA: **1732**

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 restituir 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 Preto, 26/09/2019**

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

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

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

**bucos Araújo da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**Adilson Guedes de Queiroz**

**Ladimiro Neto**

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: **26 SET. 2010**

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

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

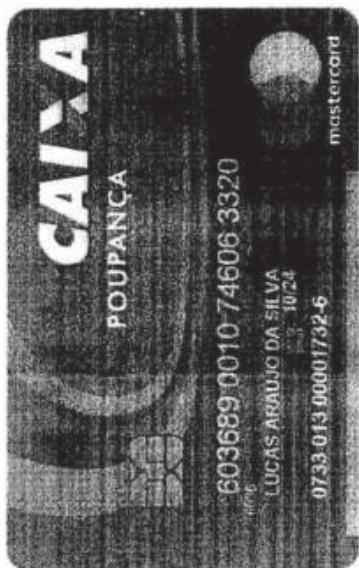
2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

(\* 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 16

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 6/N  
98156-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 94617 Attd: Nao Regula  
Data: 15/01/2018  
Hora: 17:34:33  
Repcionista: LENICE FLOFENCIO DE A  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: LUCAS ARAUJO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1  
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  
Tel/Doc. Responsável: 987875146 / IDENTIDADE: 3374182  
Procedencia: HOSPITAL HGM

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CL.MOTOCARRO 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:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	<input checked="" type="checkbox"/> COMPREV
QUEDA DE MOTO		Observacao	<input checked="" type="checkbox"/> SEQUES PREDISPENSASIA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Presente reflexo acidente  
de moto há 30 min. Nega perda de consciencia ou visão.  
Relata náuseas há 5 min.

Diagnóstico

| Conduta Adelgaz. da artéria

Prescrição

| Horário da medicacão

↓ Deltametr 4f + AD I.V 100ml  
↓ Placal ffs + AD I.V 100ml

Jonathan Franco Alves  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM 6696  
CREMEPE 20159



-227326214

Presentaron - invitación de su difunto  
hermano que no llego a cumplir - nos pidió que  
Rx motivo fielme al 1º de 1888

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e/ou carimbo)

D. Toll turie  
770 corriendo

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

#151048

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolução  
Alentar de 1000mg cada vez e proibido  
Onan-gos, abuso e medo, fadiga, se seco,  
é impotente, perdeu  
Dgo - pto do en pto  
A. Braga  
Medico  
CRM-PB

*A. Gráfica das funções  
Médiooo  
TRAMPE BSR?*

PROGEDIMENTOS REALIZADOS

#### DISCUSSIONS AND PRACTICALITIES

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI,  
[ ] Altra a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

## Animal Avail of a Site

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

0701060067



## Declaração do Proprietário do Veículo

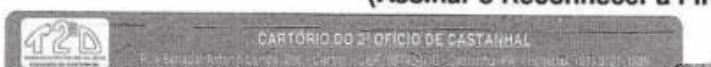
Eu, Ana Lívia da Silva Mendes,  
RG nº 3576 935, data de expedição 25/03/2007,  
Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 102 413 114-65,  
com Domicílio na cidade de Castanhal, no Estado  
de PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) BR 316, KM 150, Sítio das Lagoas,  
nº 503, complemento, Apartamento, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
LUCAS APARECIDA DA SILVA, cujo o condutor  
era LUCAS APARECIDA DA SILVA.

Veículo.....: MOTOCICLETA  
Ano.....: 2015/2016  
Modelo.....: FAN-160 ESDI  
Placa.....: RFP-4843  
Chassi.....: 9G2KC7200GR107761  
Data do acidente.: 15/01/2018

Local e data: Castanhal-PA, 18 de 09 de 2018 SET. 2019

X Ana Lívia 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)



Reconheço por verdadeira a firma da: ANA LÍVIA DA SILVA MENDES (162913),  
lançada em minha presença. Dou fé.  
CASTANHAL/PA, 18 de Setembro de 2018  
Em testemunha: B  
da Verdade

*Juliana Moreira Tompao Boi*

COMPRE SEGUROS DOCUMENTARIA  
26 SET. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019  
Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





**HGM**  
HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPÉ



### 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 BRA  
Médico CRM-PB 3621  
7674/PB

Zana

CDI -

Datotrauma

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



<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS</b>		
NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8	1-CPF 2-CGC	2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		
ENDEREÇO: RUA ÁG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.		
Bairro: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA
PACIENTE <i>Unes Cognit</i>	IDENTIDADE PAM _____ SES _____ SSM _____	IDADE ORIGEM X _____
ENDERECO Bairro	DADOS CLÍNICOS	
		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE
MATERIAL A EXAMINAR <i>A Mão @ KCPH</i>	EXAMES SOLICITADOS	
DATA		CARIMBO E ASSINATURA <i>Dr. André Ribeiro Araújo e Melo Traumatologista Ortopedista CRM-PB 5793</i>





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) SUELIO MOREIRA TORRES 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 (Seis) dias, a partir desta data.

João Pessoa

*[Carimbo]*  
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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 591, CEP 58036-104, Mangabeira - João Pessoa - PB





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIENCIAS  
26 SET. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

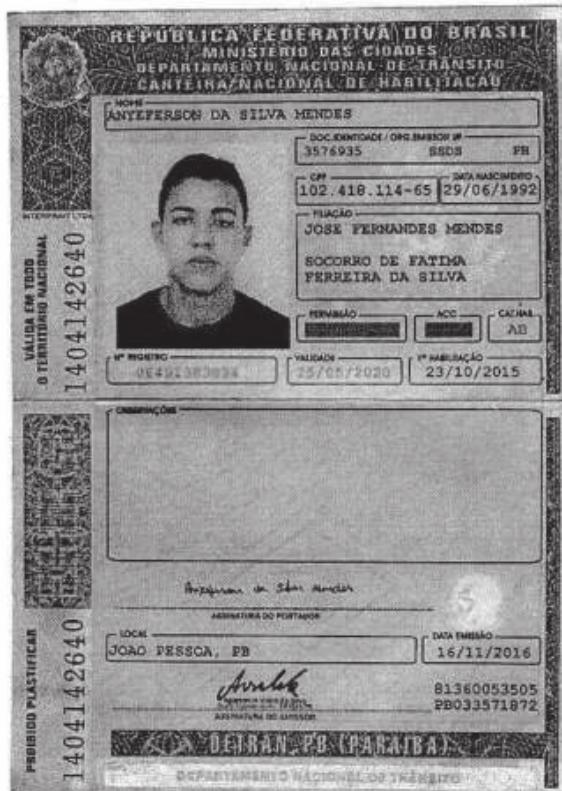
Num. 33832601 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009011116252750000032369046>  
Número do documento: 2009011116252750000032369046

Núm. 33832601 - Pág. 25

DOCUMENTO PESSOAL  
DO PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 26

<b>equatorial</b> energia	Nota Fiscal / Fatura de Energia Elétrica   Série B Nº da Fatura: 008201179119 - 001979119   CEP: 62580/000 Instalação: 28001983/14	CFOP: 5258/AA
<b>celpa</b>	Centrais Elétricas do Pará S.A. Rodovia Augusto Montenegro, km 3,5 - Belém - PA CEP: 66022-000   CNPJ: 04.859.726/0001-90 Inscrição Estadual: 15.074.480-3	Para atendimento: informe este número.
Conta do Mês:	Vencimento:	Valor da Conta:
08/2019	28/08/2019	30007708547

Dados do cliente

ANYEFERSON DA SILVA MENDES

RD BR 116 KM 500 BLOCO 217 APART 583 - SAMPA 113 L2, KM 140  
11100-0000 08/01 240 CASA/FAMILIA - PA  
Nr. Parteiro de Negócio: 10000.M955d  
Grupo e Subgrupo de tomada: 0/0/1  
Tipo de Tarifa: COMERCIAL MUNDIAL  
Classificação: Residencial Pessoal  
Perdas no Renda (R\$): 0,00

OP: 300,418,114-65  
Tensão Nom.: 127 V - 100  
Ol./Soc.: 05190200-3020  
Nr. Medidor: 11023282279  
Fator de Potência: 0

Data:

Emissão: 21/08/2019 Apresentação: 21/08/2019 Previsão próxima leitura: 20/09/2019

Desembolso de Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Catálogo	%	0,076/30	0,49
Adm. Fona! Band. Amarela		0,52	
Adm. Total Band. Amarela		2,44	
PIS		1,05	
IPI		4,78	

Itens Financeiros		
Cpt. Fim de Período Básico		4,81
Rebita		0,52
Itens		0,22
Bônus - Itens		0,47

REAVISO DE VENCIMENTO

Total a pagar: R\$ 78,82

Informações de tributos

Tributo	Base de cálculo	Alíquota (%)	Valor (R\$)	Reservado ao Fisco
ICMS	0,00	0,0000	0,00	0,00/000,00/000,00/000,00
PIS	7,1, 04	1,40%G	1,05	Período Fiscal
COFINS	7,1, 04	6,4/1,5	4,78	Número do Programa Social

Histórico do Consumo (kWh)

Mês	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
CONSUMO	86	77	64	54	81	69	78	76	72	84	56	55	96

Informações do consumo do mês + Tarifa sem tributos

Consumo	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dias	Resumo Anual
1.860	19/07/2019	27/08/2019	33	27/08/19
Canal de Leitura	Leritura Anterior	Leritura Atual		Consumo
Ativo Total	1.860	1.430	36	0,626/36

Resumo de Multas/Itens

Até a emissão desta conta não foi identificado o pagamento da(s) débitos(s) acima. O não pagamento até a data 05/09/2019 implicaria no ressarcimento de cobramento, de acordo com Art.414/10 art.172 c/c inc. 8º 8º/95, art.6º. Inclui-se ICP/080854 e outras medidas de cobrança. Em caso de desacordo, sera submetido a arbitragem de terceiros autoritários. Caso já tenha pago, favor descontar este ressarcimento.

Informações para o cliente

- \* DEBITOS: 07/2019 #531,88 \* Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 20/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 21/08 \* Redução de base IOM5 com art 206 do capítulo XXXII do EICB-PA \* Manobra Agosto 2019: vermelha (potente) 1 custo oficial de R\$4,00 a cada 100 kWh

Composição do Consumo (R\$)					
Compra de Energia	Transmissão	Distribuição(CELPA)	Energia Salarial	Outros	Tributos
34,39	4,33	34,35	8,78	11,06	5,08

PROFISSIONAL DO STF/DO MUNDO - VI | 1.1.9.0 |  
 Contratante: 0007708547 Competência: 08/2019 Data de Emissão: 21/08/2019  
 Vencimento: 28/08/2019 Valor Total: 78,82 0201908001979119  
 836500000002 788200199007 008628834403 030077085477





## 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: 077.264.424-17

Nome completo da vítima:

bucos Araújo da Silva

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

Nome completo: **bucos Araújo da Silva** CPF: 077.264.424-17  
Profissão: **Recurso-SE** Endereço: **Rua Dr. José Maria** Número: **51v** Complemento:  
Bairro: **Bento** Cidade: **Belo** Estado: **PR** CEP: **58338-000**  
E-mail: **ccf.advoc@gmail.com** Tel.(DDD): **63-98849-5530**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0733**

(informar o dígito se existir)

CONTA: **1732**

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crédito 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 Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 restituir 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 Preto, 26/09/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

**bucos Araújo da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

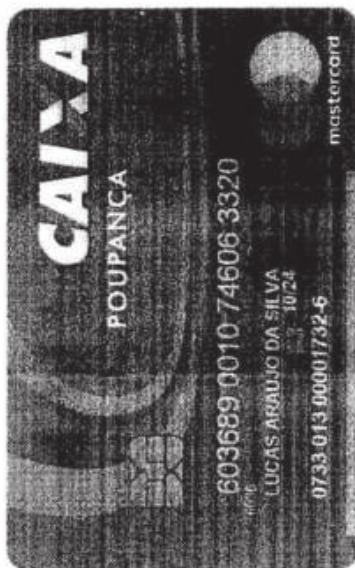
Assinatura do Procurador (se houver)  
**Adilson Guedes de Queiroz**  
**Waldimiro Neto**

(\* 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.

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: **26 SET. 2010**  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 29



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirino, 229 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

9649 10-

PESQUISAR

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS FEV/2019

NIEL R DA SILVA  
A DR JOSE MARIA, S/Nº - CENTRO PILAR PB 58335-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Bascula	Conselho	Instal.	Balan	
1.002.155 0695.000	000	1	0	0	0	
Identificação	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
7N045088	06/05/1998	EXTERNO LIGADO		POTENCIAL		
TERIOR I ATUAL I CONSUMO (R\$) I MUN DE DIAS I PROXIMA LEITURA						
1814	1814	4	29		25/03/2019	
ST. CONS./ANOR	LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2019-MS	
AN/2019	4	30	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.	COMBORNES
EZ/2018	4	30	TURBIDEZ	16	16	18
DV/2018	4	30	CLORO	16	49	49
UT/2018	4	30	COL. TERNOT	0	0	0
ET/2018	4	30	COR	10	10	10
GO/2018	4	30	COL. TOTAIS	16	13	18
EDIA(N)	4		DADOS REFERENTES A DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 26/01/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02  
ESCRITÓRIO CONSUMO TOTAL (R\$)  
GUIA:

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL (R\$)
CONSUMO DE ÁGUA	4 MS	37,91
ESGOTO		

LOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS LEE 12.743/12  
ENCIMENTO: 08/03/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIJORME TIPO DE TARIFA: I

FORAÇÕES GERAIS:

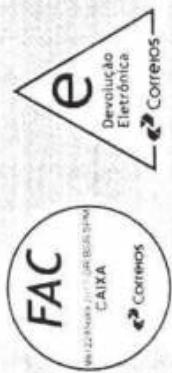
\* ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*

\*\* WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR \*\*\* DECLARAÇÕES NÃO EXISTIR DEFETOS DE FATURAS DE 2018 - LEE 12007/99

COMPRE  
SEGURANÇA  
E PRECISÃO S/A  
26 SET. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



e  
Devolução  
Eletrônica  
Correios





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Louiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário bucos Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17, do sinistro de DPVAT cobertura imóveis da Vítima bucos 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.

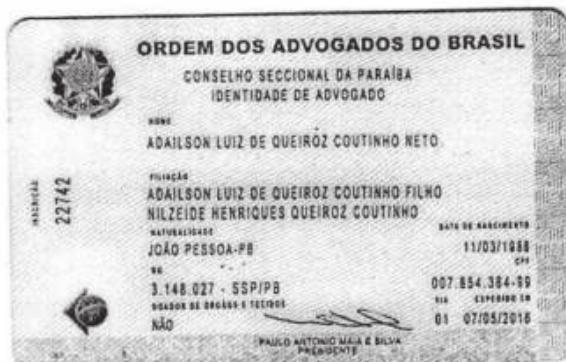
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Morada locumon	Número	Complemento
Bairro	entre	172	
Email	cc.f.advs@gmail.com	7B	58013-430
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		83 - 3506-1910	83-98849 5530

José Pessoa, 26 de Setembro de 2019  
Local e Data

Adailson Louiz de Queiroz Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante

*COMPREV  
COMPREV SEGURADA PREVIDENCIÁRIA  
26 SET. 2019  
PROTO  
AG. JOÃO PESSO*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 33

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lucas Araújo da Silva  
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Panado  
 PROFISSÃO: Operador de Máquinas Nº DO RG: 053 177 627 51  
 ÓRGÃO EMISSOR: Detran - PB DATA DE EMISSÃO: 21/11/16  
 Nº DO CPF: 077.264.424-17 ENDEREÇO: Rua Dr. José  
Maria, n°, Centro, Pilar, CEP 58338-000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
 ÓRGÃO 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 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:

J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

Doc. f. Pilar/PB - 10/09/2019

Tabelião f.º: Domicio Monteiro da Silva

Selo Digital: AJA95072-ED7Q

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

Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Faz. R\$1,82

Assinado digitalmente em 10/09/2019 às 11:16:25

Local: Pilar-PB

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 1



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirino, 229 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

9649 10-

PESQUISAR

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS FEV/2019

NIEL R DA SILVA  
A DR JOSE MARIA, S/Nº - CENTRO PILAR PB 58335-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Bascula	Conselho	Instal.	Balan	
1.002.155 0695.000	000	1	0	0	0	
Identificação	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
7N045088	06/05/1998	EXTERNO LIGADO		POTENCIAL		
TERIOR I ATUAL I CONSUMO (R\$) I MUN DE DIAS I PROXIMA LEITURA						
1814	1814	4	29		25/03/2019	
ST. CONS./ANOR	LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2019- MS	
AN/2019	4	30	PARAMETROS	EXTG.	ANALIS.	COMBORNES
EZ/2018	4	30	TURBIDEZ	16	16	18
DV/2018	4	30	CLORO	16	49	49
UT/2018	4	30	COL. TERNOT	0	0	0
ET/2018	4	30	COR	10	10	10
GO/2018	4	30	COL. TOTAIS	16	13	18
EDIÇÃO(N)	4	DADOS REFERENTES A DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 26/01/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02  
ESCRITÓRIO CONSUMO TOTAL (R\$)  
GLIA:

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 4,45 R\$ 37,91  
ESGOTO

LOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS LEE 12.743/12  
ENCIMENTO: 08/03/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIJORME TIPO DE TARIFA: I

FORAÇÕES GERAIS:

\* ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*

\*\* WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR \*\*\* DECLARAÇÕES NÃO EXISTIR DEFETOS DE FATURAS DE 2018 - LEE 12007/99

COMPRE  
SEGURANÇA E  
PROTEÇÃO  
26 SET. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



COMPREV  
COMPREV SECURIPOLIS DOCUMENTARIA S/A  
25 SEI, 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Louiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário bucos Araújo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.264.424 / 17, do sinistro de DPVAT cobertura imóveis da Vítima bucos 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	Morada locumon	Número	Complemento
Bairro	entre	172	
Email	cc.f.advs@gmail.com	7B	58013-430
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		83 - 3506-1910	83-98849 5530

José Pessoa, 26 de Setembro de 2019  
Local e Data

Adailson Louiz de Queiroz Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante

*COMPREV  
COMPREV SEGURADA PREVIDENCIÁRIA  
26 SET. 2019  
PROTO  
AG. JOÃO PESSO*

## Declaração do Proprietário do Veículo

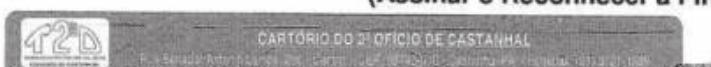
Eu, Ana Lívia da Silva Mendes,  
RG nº 3576 935, data de expedição 25/03/2007,  
Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 102 413 114-65,  
com Domicílio na cidade de Castanhal, no Estado  
de PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) BR 316, KM 115, Sítio Belo Horizonte,  
nº 503, complemento, Apartamento, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vitima  
Lucas Araújo da Silva, cujo o condutor  
era Lucas Araújo da Silva.

Veículo.....: MOTOCICLETA  
Ano.....: 2015/2016  
Modelo.....: FAN-160 ESDI  
Placa.....: RFP-4843  
Chassi.....: 9C2KC7200GR107761  
Data do acidente.: 15/01/2018

Local e data: Castanhal - PA, 18 de 09 de 2018 SET. 2019

X Ana Lívia 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)



Reconheço por verdadeira a firma da: ANALÍVIA DA SILVA MENDES (162913),  
lançada em minha presença. Dou fé.  
CASTANHAL/PA, 18 de Setembro de 2018  
Em testemunha: B da Verdade

Juliana Matos Tompao Boi

*COMPRE SEGUROS DOCUMENTARIA  
26 SET. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA*





## 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019  
Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





**HGM**  
HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPÉ



### 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 BRA  
Médico CRM-PB 3621  
7674/PB

Zana

CDI -

Dentofaculm

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



<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS</b>		
NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8	1-CPF 2-CGC	2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		
ENDEREÇO: RUA ÁG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.		
Bairro: MANGABEIRA II	Município: JOÃO PESSOA	UF: PARAÍBA
PACIENTE <i>Suelio Moreira Torres</i>	IDENTIDADE PAM SES SSM	IDADE ORIGEM X
ENDERECO <i>Av. Major Joaquim Góes</i>		
Bairro		
DADOS CLÍNICOS	ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR <i>Av. Major Joaquim Góes</i>		
EXAMES SOLICITADOS		
DATA		
CARIMBO E ASSINATURA		





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) SUELIO MOREIRA TORRES 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 (Seis) dias, a partir desta data.

João Pessoa

*[Carimbo]*  
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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 591, CEP 58036-104, Mangabeira - João Pessoa - PB



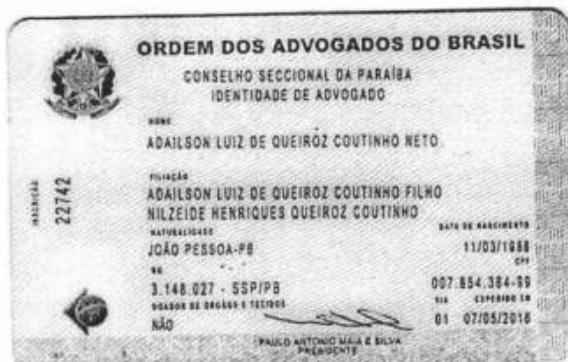


COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIENCIAS  
26 SET. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090111162527500000032369046>  
Número do documento: 20090111162527500000032369046

Num. 33832601 - Pág. 43

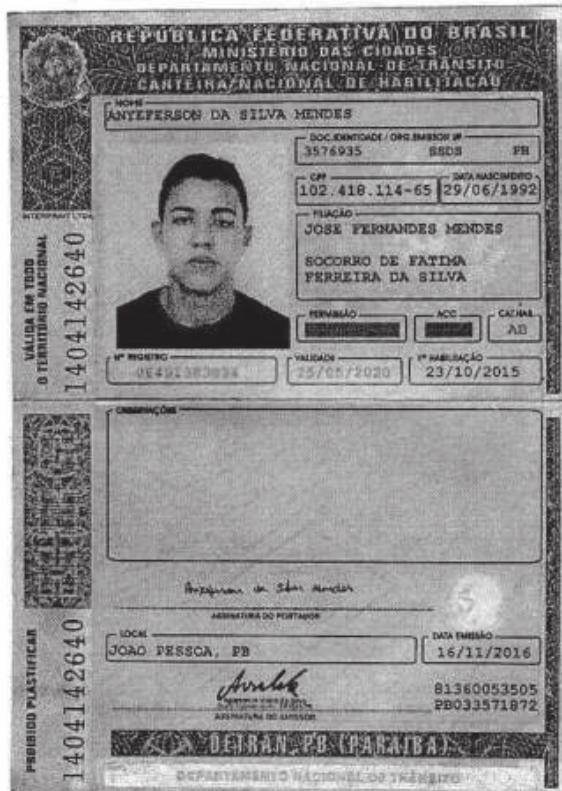




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2020 11:16:25  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009011116252750000032369046>  
Número do documento: 2009011116252750000032369046

Núm. 33832601 - Pág. 45

DOCUMENTO PESSOAL  
DO PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO



## 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 sequelas

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: Lucas Araújo da Silva  
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Panado  
 PROFISSÃO: Operador de Máquinas Nº DO RG: 053 177 627 51  
 ÓRGÃO EMISSOR: Detran - PB DATA DE EMISSÃO: 21/11/16  
 Nº DO CPF: 077.264.424-17 ENDEREÇO: Rua Dr. José  
Maria, n°, Centro, Pilar, CEP 58338-000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
 ÓRGÃO 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 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:

J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

Doc. nº: Pilar/PB - 10/09/2019

Tabelião Rel: Domicio Monteiro da Silva

Selo Digital: AJA95072-ED7Q

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

Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MP R\$0,16 Faz. R\$1,82

Assinado digitalmente em 10/09/2019 às 11:16:25

Local: Pilar-PB

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:16:25

Assinatura: J. LUCAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 077.264.424-17

RG: 053 177 627 51

Órgão: Tabelionato de Notas e Anexos

Município: Pilar-PB

UF: PB

Data: 10/09/2019

Hora: 11:

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334168/19

**Vítima:** LUCAS ARAUJO DA SILVA

**CPF:** 077.264.424-17

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/01/2018

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**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 médica-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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/09/2019

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

