



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	Tipo
33832601	01/09/2020 11:16	<a href="#">2745345_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14818016

Pag. 01211/01212 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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





## 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:

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:

Lucas Araújo da Silva

CPF:

077.264.424-17

Profissão:

Recusou-se

Endereço:

Rua Dr. José Maria

Número:

517

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Ribeirão Preto

Estado:

SP

CEP:

58338-000

E-mail:

ccf.oliveira@gmail.com

Tel.(DDD):

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

033

CONTA:

1732

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 Preto, 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)

Assinatura do Procurador (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz

Carimbo

TESTEMUNHAS

1º Nome: 25 SET. 2019

CPF:

PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA

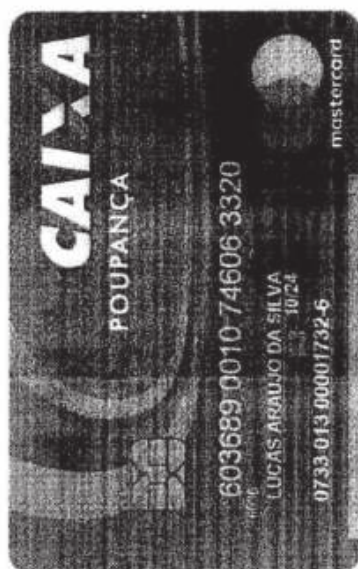
2º Nome:

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.









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



**PROTOCOLO:**  
18003652B01

**STATUS:**  
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	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 PREVIDÊNCIA S/A  
25 SET. 2010  
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: 2D086403842A80049BA3DD78224E7B

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

Página 1 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



**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



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



**PROTOCOLO:**  
18003652B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL

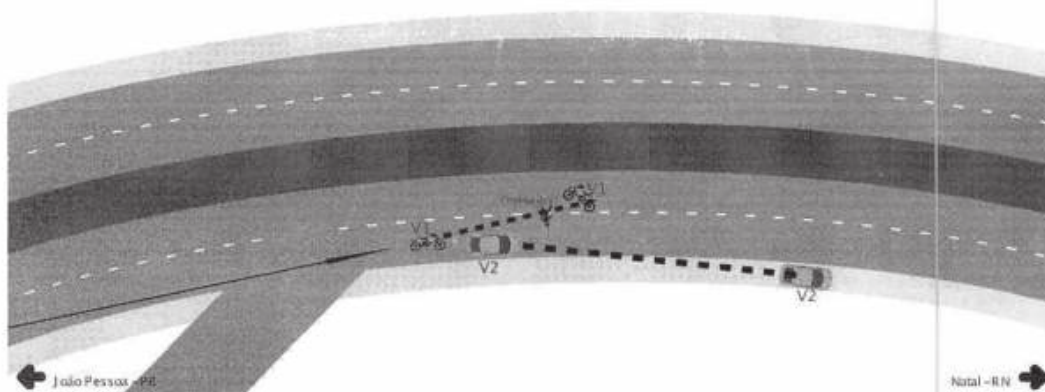


**DINÂMICA**

**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







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



**PROTOCOLO:**  
18003652B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	QFP4848	HONDA/CG 160 FAN ESDI	2015
SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:		
Tracionador	Motocicleta		
CHASSI:	RENAVAM:	PAIS:	
9C2KC2200GR107761	01074026729	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Passageiro	Particular	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:	CPF/CNPJ:
ANYEFERSON DA SILVA MENDES	102.418.114-65

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NÚMERO:
R SEBASTIAO F OLIVEIRA SN CASA	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CASA	
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	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS 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**



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





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



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

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V1 / QFP4848 / HONDA/CG 160 FAN ESDI</b>		ENVOLVIMENTO: <b>Condutor</b>
NOME: <b>LUCAS ARAUJO DA SILVA</b>	CPF: <b>077.264.424-17</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>29/04/1992</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: <b>Masculino</b>
ESTADO CIVIL: <b>Casado(a)</b>	NOME DA MÃE: <b>JUDITH ARAUJO DA SILVA</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>R JOSE MARIA</b>	NÚMERO: <b>21</b>	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: <b>CENTRO</b>	
MUNICÍPIO/UF: <b>PILAR/PB</b>		
TELEFONE: <b>83-98752-7589</b>	EMAIL: <b>lucasojuara22@gmail.com</b>	
<b>Dados da Habilitação</b>		
HABILITAÇÃO: <b>Habilitação Nacional</b>	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: <b>AD</b>
MOTORISTA PROFISSIONAL: <b>Não</b>	Nº DO REGISTRO: <b>05317762751</b>	UF: <b>PB</b>
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: <b>03/10/2011</b>	VALIDADE DA CNH: <b>18/10/2021</b>	
OBSERVAÇÕES DA CNH: <b>99</b>		
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO: <b>Lesões Leves</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
USAVA CAPACETE: <b>Sim</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
TESTE DO ETILÔMETRO 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:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: <b>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.</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 6 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. 10





**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	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: SITIO SOUSA		NÚMERO: SN
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: Z RURAL	
MUNICÍPIO/UF: SAPE/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
<b>Dados da Habilitação</b>		
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		
<b>Circunstâncias</b>		
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:		

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 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=2009011162527500000032369046>

Número do documento: 2009011162527500000032369046

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:

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](http://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: 2D086403842A80049B8BDD78224E7B

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



## 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:

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:

Lucas Araújo da Silva

CPF:

077.264.424-17

Profissão:

Recusou-se

Endereço:

Rua Dr. José Maria

Número:

517

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Ribeirão Preto

Estado:

SP

CEP:

58338-000

E-mail:

ccf.oliveira@gmail.com

Tel.(DDD):

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

033

CONTA:

1732

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

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 Preto, 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

25 SET. 2019

CPF:

PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA

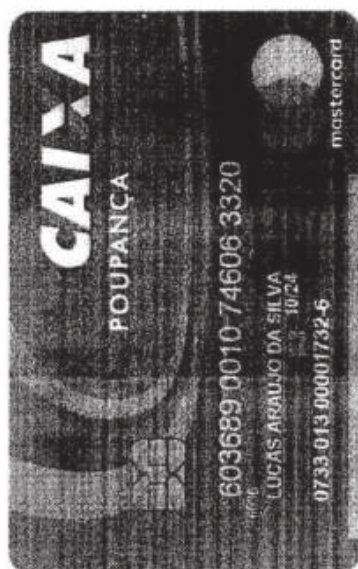
2º Nome:

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.





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

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

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

FATURADO

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

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

Diagnostico

[ ] Conduta Avaliação da artopatia

Prescrição

[ ] Horário da medicação

1. Difenidramina 4g + AD - IV  
2. Plavix 75g + AD - IV

Dr. Thonatan França Arruda  
Cirurgião Geral  
CRM 6696  
CREMEPE 20159

#02707ED1-4

Paciente com limitação de deitado,  
sem dor no região lombar - não palpável.

Rx motone Trelume de 1º 9x3

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

13/10/2020  
Dr. Telle Lúcio  
470 comprimidos

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

#15/10/20

Qtdel Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Paciente em tratamento medicamentoso e fisioterápico.  
Unidade de deitado e mobilidade, fômites, 5x 5min.  
de tempo por dia.

Obs: 1º de 12 horas

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

Dr. A. Braga dos Santos  
Médico  
CRM 16.857

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

2. Anest. Ana. da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030/060061





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anneferson da Silva Mendes,  
RG nº 3526 955, 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, CONDOM. SUPERLUX,  
Estimada 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.....: AFP-4343  
Chassi.....: 9C2KC2200GB107761  
Data do acidente.: 15/01/2018

Local e data: Castanhal-PA, 18 de 09 de 2018 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)



Reconheço por verdadeira a firma de: ANNEFERSON DA SILVA MENDES (162913),  
lançada em minha presença, Dou fé,  
CASTANHAL/PA, 18 de Setembro de 2019.

Juliana Mate Sampaio Bo  
Escritura Autorizada



COMPREV  
COMPREV SEGUROS DOCUMENTARIA S/A  
28 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESS







## 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  
Médico CRM-PB 36574  
7674/PB

ana  
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-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 AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.	
BAIRRO: MANGABEIRA II	MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA
PACIENTE <i>Mrs. Crisp</i>	IDENTIDADE
ENDEREÇO	ORIGEM
BAIRRO	IDADE
DADOS CLÍNICOS	ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE
MATERIAL A EXAMINAR <i>2 Músculos do Membro Superior</i>	
EXAMES SOLICITADOS	
DATA	CARIMBO E ASSINATURA

*Dr. André Roberto Frade de Menezes*  
 Traumatologia e Ortopedia  
 CRM-PB 57.793





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) LUIZAS MARCO 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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 574, CEP 58056-184, Mangabeira - João Pessoa - PB





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
LUCAS ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR  
3374182 SSP PB

CPF  
077.264.424-17 DATA NASCIMENTO  
29/04/1992

FUNCAO  
DANIEL RODRIGUES DA SILVA  
JUDITH ARAUJO DA SILVA

PERMISSAO  
ACC  
CAIXA  
AD

NR. BIOMETRICO  
05317762751 VALIDEZ  
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

56418908630  
PB033371245

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1404164127

PARTEIDO PLASTIFICADA  
1404164127

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



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Nº 014201937875

VIA COD RENAVAM 201803000106888 DE VEÍCULO  
1 0107402672-9 00/00000000 2018

ANYEYPERSON DA SILVA MENDES

10241811465

NOVO PB

QFP4848/PB

PAS/MOTOCICLETA/NEG AFELIC

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2 P/162 /CI

PARTIC

PRETA

00/00/0000

0

SEGURO

P A G O 08/10/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PILAR-PB

40681

40681

5506

CONTRAN

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

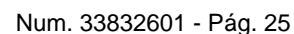
**PB Nº 014201937875 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO WWW.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA	1	1024161165	CPF CNPJ	09/10/2018	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
RENAVAM	11074026729	HONDA/CG	160 FAN ESDI	OFF4848/PB	PLACA	
ANO FAB.	2015	CIL. DEF.	9	9C2KC2200CR10761	Nº CHASSI	
FAS (R\$)		PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	DENOMIN. (R\$)		*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)		SEGURO		TODAS AS INFORMAÇÕES DEBEM SER		
*****	PAGAMENTO			P A G O		
COTA ÚNICA		PAGAMENTO		DATA DE QUOTACÃO		
				08/10/2018		

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ em São Paulo 00000001-04

5506-0835441-20181009



DOCUMENTO PESSOAL  
DO PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO

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

NOME  
ANYFERSON DA SILVA MENDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR #  
3576935 SSOS PB

CPF  
102.418.114-65 DATA NASCIMENTO  
29/06/1992

FILIAÇÃO  
JOSE FERNANDES MENDES  
SOCORRO DE FATIMA  
FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACB CACNA  
AD

Nº PROTOCOLO  
05491383934 VALIDADE  
25/05/2020 1ª HABILITAÇÃO  
23/10/2015

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1404142640

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
1404142640

Assinatura de João Pessoa

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  
ANYFERSON DA SILVA MENDES

Nascimento  
29/06/1992

COMPRÉV  
COMPRÉV SEÇÃO DE DEFENSIVAS  
26 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESS.







**Centrais Elétricas do Pará S.A**  
Rocinha Augusto Montenegro, km 3,5 | Belém - PA  
CEP 66223-010 | CNPJ 04.895.728/0001-80  
Inscrição Estadual 15.074.480-1

Fara alendamento,  
informe este número

Vencimento  
28/08/2019

3007708547

ANYEFERSON DA SILVA MENDES

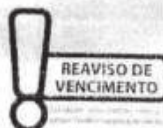
[illegible]

CPU: 100,418,114-65  
 Versão Rom.: 1.27 V - 700  
 UI/Seq: 0510020-3020  
 Nr Medidor: 1102328/279  
 Valor de Potência: 0

Emissão	21/08/2019	Apresentação	21/08/2019	Previsão próxima leitura	28/08/2019
---------	------------	--------------	------------	--------------------------	------------

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	kg	0,000130	
Adm. Total Band. Amarela			64,95
Adm. Total Band. Verde Br			0,52
PIS			2,44
COFINS			1,05
			4,78

Chp. Elm Ind. Prod. (Mn)	4.81
Butta	0.52
hires	0.22
Bourse (Paris)	0.47



Total a pagar: R\$ 78,82

## Reservado ao Fisco

Tributos	Base de cálculo	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	0,00	0,0000	0,00
PIS	11,4	1,40%	1,65
COFINS	11,4	6,40%	7,38

	AGO	SET	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG
CONSUM	86	77	64	54	81	60	58	70	72	84	86	83	80

Constante	Data Letura Anterior	Data Letura Atual	Qtd. Dias	Resolução Anual
1,600	19/07/2019	21/08/2019	33	23,986/19
Canal de Letura	Letura Anterior	Letura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
<b>Saldo Total</b>	<b>1,034</b>	<b>1,140</b>	<b>26</b>	<b>0,006/16</b>

Ata a minuta desta conta não foi identificada o pagamento da(s) dívida(s) ao IPR. O não pagamento até a data 05/09/2019 implicaria na suspensão do parcelamento, de acordo com Lei 4.746/16 art.172 e Lei 8086/97, art.6º 3, incluindo SPG/SORASA e outras medidas de cobrança. Em caso de suspensão, torna-se obrigatório a optação de todas as dívidas. Caso já tenha pago, favor desconsiderar esta cobrança.

DEBITOS	
MES/ANO	VALOR(R\$)
07/2019	11,58

\* DÍGITOS: 07/2019 \$51,00 \* Período: 1º de Jan. a 31/07/2019 \* Análise: 08/07/2019 \* Verificação: 08/07/2019 \* 21/08/2019 \* Retorno de base 125 com art 260 do capítulo XXXII de FICP-PA \* Remessa Agosta 2019: Vermelha (potas 1) custo adicional de R\$4,00 a cada 100 kg

Composição do Consumo (R\$)						
Compra de Energia Transmissão	Distribuição (CELPA)	Energias Setoriais	Perdas	Tributos	Outros	
24,35	4,33	24,35	5,78	11,06	5,82	5,00

Arquivo 05/05/2019 05:57:00 - V: [ 1.1.9.0 ]  
C. Contrato: 8807288547 Competência: 05/2019 Data de Emissão: 21/05/2019  
Valor: 25/05/2019 Valor Total: 78,82 02/01/2019 1979119  
836500000002 788200109007 008628834403 030077085477



COMPROVANTE DE  
RESIDÊNCIA DO  
PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO





## 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:

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:

Lucas Araújo da Silva

CPF:

077.264.424-17

Profissão:

Recusou-se

Endereço:

Rua Dr. José Maria

Número:

512

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Ribeirão Preto

Estado:

SP

CEP:

58338-000

E-mail:

ccf.oliveira@gmail.com

Tel.(DDD):

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)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

033

CONTA:

1732

6

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.

Peço 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 Preto, 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)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

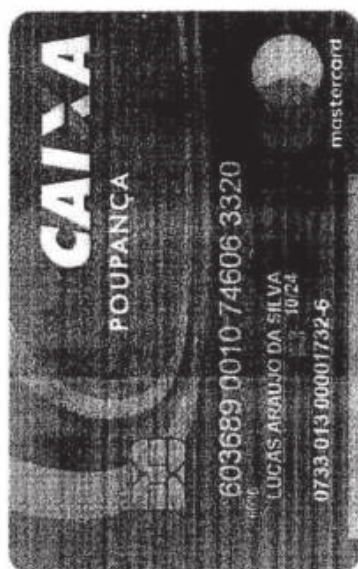
2º Nome:

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.









# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 230 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

964910-

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
1.002.155.0695.000	000	1	0	0	0	

Informações	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
72045088	06/05/1998	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL

TERIOR | ATUAL | CONSUMO (H3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

1814 | 1814 | 4 | 29 | 25/03/2019

GT. CONS./ANOR LEIT | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2011 MS

AN/2019	4	30	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
E2/2018	4	30	TURBIDEZ	16	16	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

EDIA(M) 4 DADOS REFERENTES A DEZ/2018

IA DA IMPRESSÃO: 26/02/2019

ESCRICAO

GLIA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

SGOTO

HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02

CONSUMO TOTAL(R\$)

4 MS 37,91

COMPREV

COMPRESSORES E FREQUÊNCIA 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

DESA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDROTE TIPO DE TARGA: 1

FORAÇÕES GERAIS:

\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DISTRIBUIRO \*\*\*

\*\* WWW TRANSPARENCIA PB GOV BR \*\*\* DECLARANDO NÃO EXISTIR DÉRIT

DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTL RECIFE PE RJ DATA DE Postagem: 08/05/2019

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



7311 3070141 8026822019431 30080519

COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAÇÃO  
25 SET. 2019  
PROTOCOLO  
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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailton 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 Imóvel 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 Corumay		172	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58013-430
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
cc.f.edus@gmail.com	83-3506-1910		83-98849.5530

João Pessoa, 26 de Setembro de 2019  
Local e Data

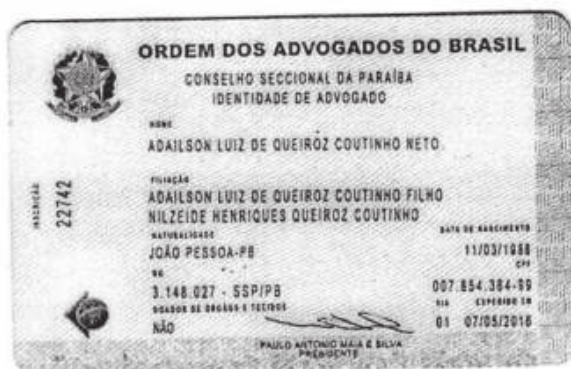
Adailton Luiz de Queiroz Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante



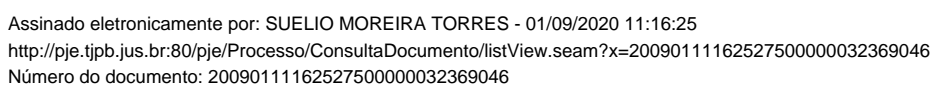
DL0RL.001 V001/2017







COMPRÉV  
26 SET. 2010  
PROT  
AG. JOÃO PESS



## 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>077.264.424-17</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 ARAUJO DA SILVA

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

Tabelião Bel: Domicio Monteiro da Silva

Selo Digital: AIA95072-ED7Q

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

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



Domicio Monteiro da Silva



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 230 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

964910-

RESERVA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEB/2019

**NIEL R DA SILVA**

**A DR JOSE MARIA, S/Nº CENTRO PILAR PB 58335-000**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Instalado	Outros	
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 (H3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA

1814 | 1814 | 4 | 29 | 25/03/2019

MT. CONS./ANOR	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2019	MS
AN/2019	4	30	PARÂMETROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES
E2/2018	4	30	TURBIDEZ	16	16	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

EDIA(M) 4 DADOS REFERENTES A DEZ/2018

IA DA IMPRESSÃO: 26/02/2019

ESCRICAO

GLIA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

SGOTO

HORA DA IMPRESSÃO: 09:54:02

CONSUMO

TOTAL(R\$)

4 MS

37,91

COMPREV

COMPRESSORES E FREQUÊNCIA S/A

26 SET, 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

ENCIMETO: 08/03/2019	Total a Pagar: R\$ 37,91
----------------------	--------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

DESA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDROTE TIPO DE TARTIA: 1

FORAÇÕES GERAIS:

\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DISTRIBUIRO \*\*\*

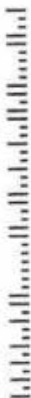
\*\* WWW TRANSPARENCIA PB GOV BR \*\*\* DECLARANDO NÃO EXISTIR DÉRIT DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09





# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTL RECIFE PE RJ DATA DE Postagem: 08/05/2019

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



7311 3070141 8524622019431 30080519

COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA DOCUMENTAÇÃO  
23 SET. 2019  
PROTOCOLO  
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 Adailton 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 Imóvel 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 Corumay		172	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58013-430
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
cc.f.edus@gmail.com	83-3506-1910		83-98849.5530

João Pessoa, 26 de Setembro de 2019  
Local e Data

Adailton Luiz de Queiroz Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Anneferson da Silva Mendes,  
RG nº 3526 955, 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, COND. SUPERLUX,  
Estimada 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.....: AFP-4343  
Chassi.....: 9C2KC2200GB107761  
Data do acidente.: 15/01/2018

Local e data: Castanhal-PA, 18 de 09 de 2018 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)



Reconheço por verdadeira a firma de: ANNEFERSON DA SILVA MENDES (162913),  
lançada em minha presença, Dou fé,  
CASTANHOL/PA, 18 de Setembro de 2019.

Juliana Mate Sampaio Bo  
Escritura Autorizada



COMPREV  
COMPREV SEGUROS DOCUMENTAÇÃO  
28 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESS







## 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





**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  
Médico CRM-PB 36574  
7674/PB

*ana*  
*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-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 AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE

IDADE

ORIGEM

PAM

SES

SSM

DADOS CLÍNICOS

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

Dr. André Roberto Franco de Menezes  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM-PB 57.793







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) LUIZAS MARCO 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

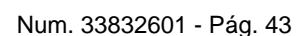
1ª VIA-PACIENTE

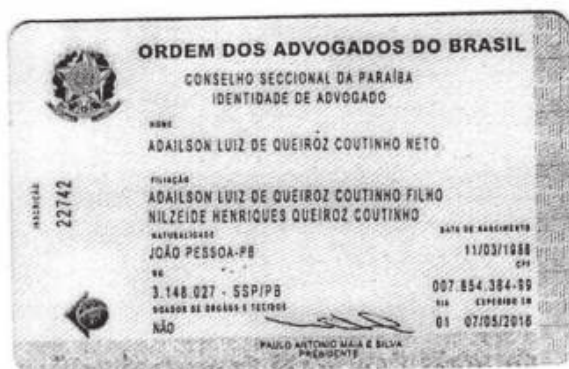
2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 574, CEP 58056-184, Mangabeira - João Pessoa - PB



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
26 SET. 2010  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 014201937875  
EXERCÍCIO 2018  
VIA 1 0107402672-9 00/00000000 2018  
ANYEFERSON DA SILVA MENDES

10241811465  
NOVO PB 9C2KC2200GR107761  
PLACA QFP4848/PB  
PÁS/MOTOCICLE/N3C AFL1C  
HONDA/CG 160 FAN ESDI  
2 P/162 /CI PARTIC  
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA  
PILAR-PB  
40681

DATA 08/10/2018  
5506

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OUTRA - 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 09/10/2018  
VIA 1 10241811465  
RENAVAM 1074026729  
HONDA/CG 160 FAN ESDI  
ANO FAB 2015  
CAT. VEB 9  
9C2KC2200GR107761  
PLACA QFP4848/PB  
MARCA/MODELO  
Nº CHASSI  
PRÊMIO TARIFÁRIO  
DENATIM (R\$) \*\*\*\*\*  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*  
TOTAL BILHETE/PRÊMIO (R\$) P A G O  
DATA DE COTAÇÃO 08/10/2018  
PACAMENTO  
COTA ÚNICA  
\$

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 08.246.989/0001-04

5506-0835441-01810009

DOCUMENTO PESSOAL  
DO PROPRIETÁRIO DO  
VEÍCULO

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

NOME  
ANYFERSON DA SILVA MENDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR #  
3576935 SSOS PB

CPF  
102.418.114-65 DATA NASCIMENTO  
29/06/1992

FILIAÇÃO  
JOSE FERNANDES MENDES  
SOCORRO DE FATIMA  
FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACB CACNA  
AD

Nº PROTOCOLO  
05491383934 VALIDADE  
25/05/2020 1ª HABILITAÇÃO  
23/10/2015

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1404142640

PROVEDOR PLASTIFICAR  
1404142640

Assinatura de João Pessoa

ASSINATURA DO PORTADOR

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

ASSINATURA DO EMISSOR

81360053505  
PB033571872

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição  
102.418.114-65

Nome  
ANYFERSON DA SILVA MENDES

Nascimento  
29/06/1992

COMPREV  
COMPREV SEÇÃO DE INSCRIÇÃO  
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>077.264.424-17</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 ARAUJO DA SILVA

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

Tabelião Bel: Domicio Monteiro da Silva

Selo Digital: AIA95072-ED7Q

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

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



Domicio 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](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

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

