



Número: **0857397-40.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.313,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLEYDSO SANTOS FERREEIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34473 802	18/09/2020 10:21	2748074_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	708.974.464-70	Gleydson Santos Ferreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Gleydson Santos Ferreira		
Profissão: Pintor	Endereço: Av. Souza Rangel	CPF: 708.974.464-70
Bairro: Varjão	Cidade: João Pessoa	Número: 148 Complemento: -
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58070-070
		Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atenda 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 VD01/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	708.974.464-70	Gleydson Santos Ferreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Gleydson Santos Ferreira		
Profissão: Pintor	Endereço: Av. Souza Rangel	CPF: 708.974.464-70
Bairro: Varão	Cidade: João Pessoa	Número: 148 Complemento: -
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58070-070
		Tel. (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 109.311

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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.

Local e Data, _____

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª 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.

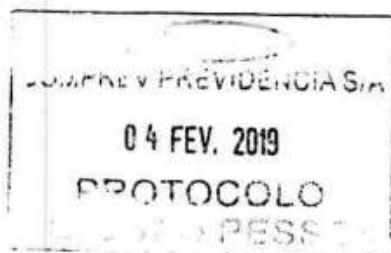
FPS.001 V001/2018

1033 - agência

Glaudson Santos
Ferreira

op. 01

conta - 109-311.2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00429.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00429.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 11 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Gleydso Santos Ferreira**, CPF nº 708.974.464-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Paulo Santos de Oliveira e Francisco das Chagas Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Souza Rangel, Nº 148, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Varjão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-3070.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua São Geraldo, Próximo a Feira de Jaguaribe., João Pessoa/PB, bairro Varjão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/18 22:28h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

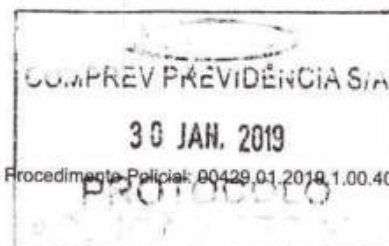
QUE, segundo o notificante no dia 11/06/2018 por volta das 22:28 horas quando transitava, pela Rua São Geraldo, Varjão nas proximidades da feira de Jaguaribe, cidade de João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA NXR 160 BROS ano e modelo: 2017/2017, de cor branca de placa: OFE2992/PB CHASSI: 9C2KD1000HR010639 pertencente a THUALIS BELANIO DA SILVA GOMES; Que segundo o mesmo seguia normalmente sentido Jaguaribe/Varjão que estava pilotando na sua mão quando surgiu um veículo não identificado/que fugiu do local que vinha na outra faixa sentido contrário do declarante e fez uma manobra abruptamente sem sinalizar para entrar numa rua paralela; invadindo a via do declarante e fazendo com que a moto conduzida pelo declarante se chocasse com o referido veículo; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar, Que foi socorrido por veículo particular e levado ao COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE nº 1195/2018, Prontuário de nº 2018.06.001548 vítima de FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITA E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DE 4º E 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

GLEYDSO SANTOS FERREIRA
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	708.974.464-70	Gleydson Santos Ferreira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Gleydson Santos Ferreira		
Profissão: Pintor	Endereço: Av. Souza Rangel	CPF: 708.974.464-70
Bairro: Varão	Cidade: João Pessoa	Número: 148 Complemento: -
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58070-070
		Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: _____
CONTA: _____	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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atenda 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 VD01/2018



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

Ficha Nr: 135927 Atd: Nao Regu
Data: 11/06/2018
Hora: 22:28:18
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SIL
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.001548

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 88559624

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1998 Id: 19 ano(s)

End.: NAO INFORMADO,0

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANA PAULA SANTOS DE OLIVEIRA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Reso.: GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Tea/Doc. Responsavel: 88559624 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: EM JAGUARIBE/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COMPLA MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSD. CORTE EM NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO

MS

Pat. vítima de queda de moto há 1h. apresentando

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*edema + dor intensa em punho (D). apresentando escoria
em AMSS e AMII. Alergia a dipirona.*

ABD: NDN

TORAX: NDN

Diagnostico

| Conduta

1 Sol Rx Punho (D).

Prescricao

| Horario da medicacao

1 Paracetamol 500mg 1x p. V.O.

2 Presc. de Antibiotico
3 Presc. de Analgico
Alta 30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. CIOPES



#0 nro julie

Paciente com dor, edema e deformidade
de um punho @ distal troc
me por acidente de moto

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Obs: 5 x 5 e alimentos
por volta das 16:00 hrs
(Sopa).

HD: Fratura da rádio
distal @ + 5° @
col: Redução imediata
sob sedação.

Dr. Everton T. Vasconcelos
MEDICO
CRM-PB. 8612

Internação
hospitalar

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Redução
feita com
castelo +
de descompressão
de 16 hrs

Reservado p/ liberação

8557

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

COMPREV PREVIDÊNCIAS

30 JAN. 2019

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PROTOCOLO

AG. JOAO PEDRO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109311-2

Nr. da Autenticação 08CDF1A566F68A0E



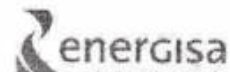
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Revista para simples pagamento da nova fatura/conta de energia elétrica.

Nº 017.366.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km. 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.985.183 / 060148 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. SOUZA RANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

19/12/2018

CONSUMO

259

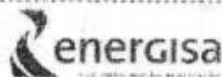
VENCIMENTO

27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAMPAS AQUI

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO

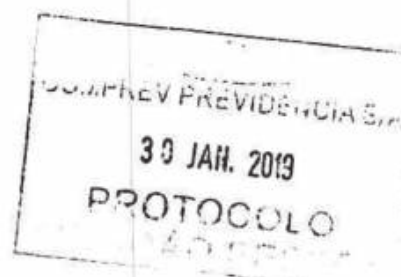
27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

MATRÍCULA

488642-2018-12-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:21:35

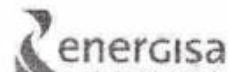
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810213510700000032964370>

Número do documento: 20091810213510700000032964370

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é equivalente de conta.
Revista para simples pagamento da nova fatura/conta de energia elétrica.

Nº 017.366.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km. 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.985.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. SOUZA RANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

19/12/2018

CONSUMO

259

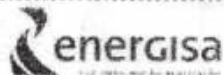
VENCIMENTO

27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



Assine aqui

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO

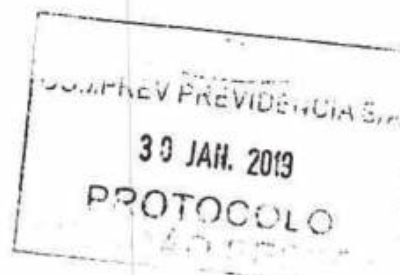
27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

MATRÍCULA

488642-2018-12-5



[illegible]

Call para C&B Automático: 00014503581

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/01/10	0000	11/01/10	0000			
Demonstrativo						
01	Despacho	Overdose Testado	Valor Base Calc	Alim (R)	Sono Calc	For(R)
		Forado Testado (R)	CMR (R)	CMR	Forado (R)	CMR (R)
08/31	Consumo em 100%	100.000 0,0022290	190.45	190.45 20	41,77	190.45
09/01	Adm B Verificada		4,79	4,79 20	1,18	4,79
09/31	Adm B Amarela		2,00	2,00 20	0,50	2,00
LAVAGATORIO E SERVIÇOS						
09/31	CONTRABATERIA LIMPEZA		11,24	0,00 2	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

28/11/2018 R\$ 198,62

Historico de Consumo (kWh)

0	23	44	27	4	110	227	222	197	215	194	214
Nov-7	Dec-7	Jan-8	Febr-8	Mar-8	Apr-8	May-8	Jun-8	Jul-8	Aug-8	Sep-8	Oct-8

RESERVADO A G-1003

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Let $\mathcal{G} = \mathcal{G}_1 \cup \mathcal{G}_2$

BOOPREV PREVIDÊNCIA S/A

33 JAN. 2019

PROTOCOLLO

 Springer

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

Wiley no. 12-5-222-490
Mol. Cryst. 169:173-174 (1989)

28/11/2018 R\$ 198.62

83640000001-1 98620149000-0 16983562018-7 11400005019-4





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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, controlar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.994.464 / 70 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.994.464 / 70 determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Agente Fiscal Jose Costa Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>384</u>
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

João Pessoa, 30 de Jan de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

DLDR.L001 V001/2017




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Thualis Belantio da Silva Gomes,
RG nº 4044421, data de expedição 12/12/2014
Órgão SSPB, portador do CPF nº 402.229.514-08 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Carlos Bentes nº 312
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima OSWALDO FERNANDES, cujo o condutor era
OSWALDO FERNANDES.

Veículo: moto
Modelo: HONDA NXR 160 BROS
Ano: 2017/2017
Placa: OFB 2992/PB
Chassi: 9C2K03000HR010639
Data do Acidente: 11-06-18
Local e Data: João Pessoa, 11-06-19

Thualis Belantio da Silva Gomes
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSEFINO KURTSCHEW 111 - EDIFÍCIO GZSIS - CEP 50075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (33) 3201-4234
Reconheço Por Autenticidade a firma de THUALIS BELANTIO
DA SILVA GOMES, [117964], J. Pessoa-PB, 11/01/2019 14:34:45
Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital 4H298748-7503 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 1195/2018

Atendendo solicitação de **GLEYDSO SANTOS FERREIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº135927 e Prontuário Nº 2018.06.001548, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 11/06/2018 às 22H28min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

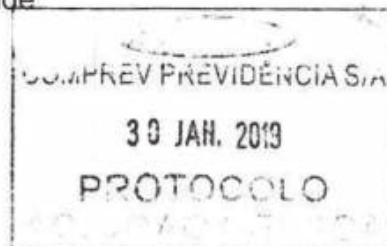
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direita e fratura de falange proximal de 4º e 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/06/2018 com alta médica dia 14/06/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2018

Dr^a Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Médica / Saúde da Família
Geriatria / Terapia Intensiva
CRM/PB 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Gleydson F. Santos			Data da Admissão:	11/06/18
Prontuário:		Idade:	19a	Enfermaria:	
Nome da Mãe:					
Endereço:				Bairro:	
Cidade:		Estado:		Fone:	
Sexo:	F () M (x)	Cor:		Estado Civil:	
Escolaridade:				Religião:	
				Data de Nascimento:	/ /
QPD:	Do fim pulso D. e mão direita hoje.				
HDA:	Paciente vítima de trauma em mão e pulso D. hoje apresentando D+edema+limitação de movimento.				
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Ictericia [] Tonturas [] Outros:					
Pele:					
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: ____ Visão: ____					
AR e ACV: [] Dor ____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema ____ Outros:					
ABD: [] Dor ____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume					
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:					
SME: [x] Dor ____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [x] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos					
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor					

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

*Ex. evidenciando fratur. de rádio distal
D e fratura de 4^a falange proximal de 4^a e 5^a ADD.*

Hipóteses Diagnósticas: *frat. de rádio distal D e frat. de falange
proximal de 4^a e 5^a ADD.*

Conduta:

*- ao bloco p/ redução ruivante + imobil. gesso
- liberação p/ trat. cirúrgico.*

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Cleiton F. Santos</u>				Registro: <u>2018061568</u>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/06/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Antônio Carlos</u>			1º Assistente: <u>Dr. Carlos</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura do rádio distal +</u>				<u>5525</u>	
<u>fraturas proximais</u>				<u>5626</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>osteossintese do rádio distal +</u>					
<u>c/ placa e parafusos +</u>					
<u>osteossintese de fêmur</u>					
<u>com placa</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva: <u>COMPREV PREVIDÊNCIA SIM</u> <u>30 JAN. 2018</u> <u>PROTÓCOLO</u>	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição de decúbito lateral com o membro superior esquerdo flexionado e o antebraço apoiado no joelho.

Incisão:

Incisão em "J" invertida, com 10 cm de comprimento, iniciando no terço médio do antebraço e seguindo para o punho.

Achados:

Lesão completa do tendão do flexor pollicis longus (FPL) no nível do punho. O tendão do FPL estava aderido ao tecido cicatricial.

Conduta:

Realização de liberação dos tendões e sutura do FPL com fio 4/0 PDS. A sutura foi realizada em 3 pontos.

Fechamento:

Dr. Luis Felipe Lessa
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10.286 TEOT 14328

30 JAN. 2019

PROTOCOLADO
AC. JOÃO PESSOA

OBS:

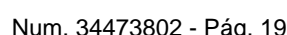
Data: ____/____/____

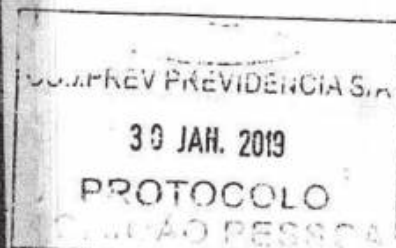
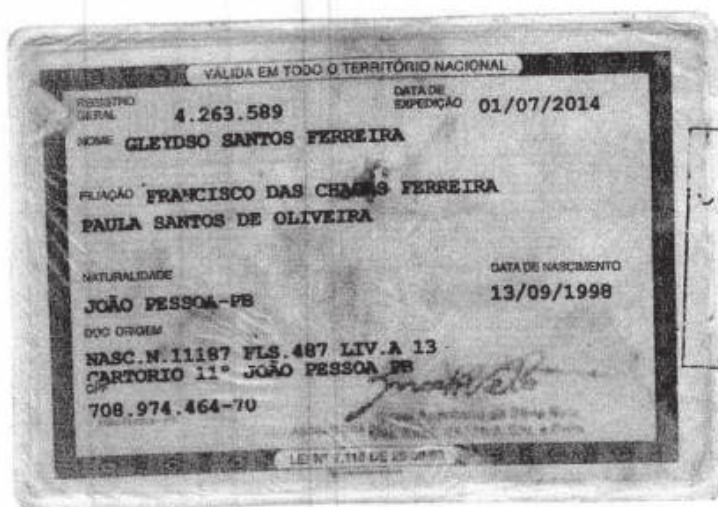
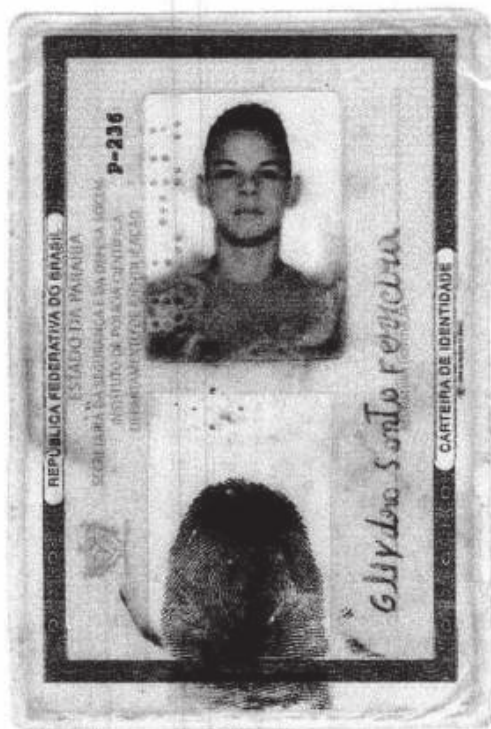
MÉDICO/CRM

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



PROTOCOLLO





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

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR: 1054562 SSP PB

CPF: 435.536.024-91 Data de Nascimento: 02/04/1967

Função: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

Permissão: ADI C/ABR A/B

1ª RENOV. 00724153182 VALOR 10/11/2019 1ª EXPIRAÇÃO 06/04/1989

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575

COMUNICAÇÃO

Assinatura do Portador

Assinatura do Portador

Nome: JOAO PESSOA, PB Data de Emissão: 11/11/2014

Assinatura do Portador: Roberto Carneiro

Assinatura do Portador: 60378988469 69029545609

1009001575

COMPREV PREVIDENCIA

30 JAN. 2013

PROTOCOLADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190083137 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREIRA **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS - RADIO E FIOS K. - 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:
Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Gleydson Santos Ferreira,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Pintor, CI RG nº 4.263.589,
CPF/MF nº 708.974.464-70, residente e domiciliado(a) à Rua
Vov. Souza Ramal, 148 - Varzea,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58070-070, telefone
83-9 8663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 11 de Janeiro de 2019.

Gleydson Santos Ferreira
OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA ASSIS BRASIL, 511 - CENTRO DISTRITO - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - CEP: 58070-070
Reconheço Por Autenticidade a firma de GLEYDSON SANTOS FERREIRA, [117966], J. Pessoa-PB, 11/01/2019 14:38:01 Emol R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Feppj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA DCSND PEREIRA SILVA. Selo Digital AH298749-AL22 - Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA Sim
30 JAN. 2019
PROTOCOLO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035735/19

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

CPF: 708.974.464-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

Titular do CPF: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

GLEYDSO SANTOS FERREEIRA : 708.974.464-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00389/00390 - carta_03 - INVALIDEZ

00050195



Carta nº 13881641





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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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 13881733

Pag. 00549/00550 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **GLEYDSO SANTOS FERREEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **00000109311-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

