



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
34473 802	18/09/2020 10:21	<u>2748074_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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 N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF: 708.974.464-70
Pintor	Av. Souza Rangel	Número: 148 Complemento: -
Bairro:	Cidade:	Estado: PB CEP: 58070-070
Vargão	João Pessoa	Tel.(DDD):
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (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 áqueles 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: 30 JAH, 2010

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: PROTOCOLO
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X Gleydson Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGÓ, 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





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:				
Profissão:	Enderéco:	CPF: 708.974.464-70		
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:	-
Vilação	João Pessoa	148		
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

RENDIMENTO:
 RECUZO 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 CONTA: 109 311 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (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 áqueles 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

X Gleydson Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS PREVIDÊNCIA S.A.

1º | Nome: _____

CPF: _____

30 JAH. 2019

2º | Nome: _____

Assinatura _____

PROTÓCOLO

Assinatura _____

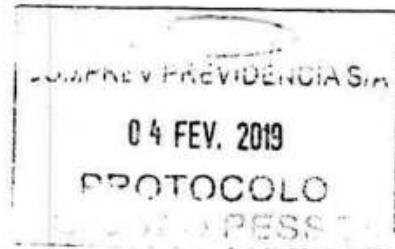
Assinatura _____

(* 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 V001/2018



1033 - Agencia
Gladson Santos
Moreira
CP. 01
conta - 109.311.2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigacao, 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.

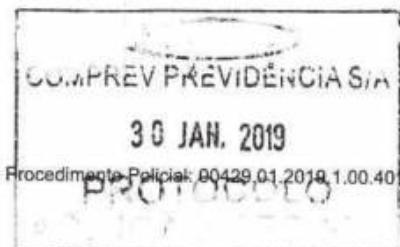
João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigacao

GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Noticiante



1/1



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

Num. 34473802 - Pág. 4



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 N° 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Endereço:	CPF: 708.974.464-70
Pintor	Av. Souza Rangel	Número: 148 Complemento: -
Bairro:	Cidade:	Estado: PB CEP: 58070-070
Vargão	João Pessoa	Tel.(DDD):
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

- RENDA MENSAL:
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input 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 OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (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 áqueles 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 30 JAH, 2010

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 PROTOCOLO
 Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 X Gleydson Santos Ferreira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 135927 Atd: Nao Regu
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 11/06/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 22:28:18
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SIL
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDISTA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: GLEYDSO SANTOS FERREIRA 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
Tel/Doc. Responsavel: 88559624 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violência por: EM JAGUARIBE/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
Queixa Principal		[] Vomito
		Observacao

Pt vítima de queda de moto há 1h. apresentando
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

edema + dor intenso em punho (D). apresentando edema
em AM 55 e AM 11. alergia a lipídio.

ABD: NDN

TORAX: NDN

Diagnostico

| Conduta

① sol Rx Punho (D).

Prescriçao

| Horario da medicacao PRESCRIPCIONES

① Paracetamol 500g 1sp. V.O.

③ Alta 30 JAH. 2019
PROTÓCOLO
AC. DE POLICIA

O gto pedre

Paciente com dor, edema e deformidade em punho (dida trac me por oriente de meto

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

05 s: 5 s alimentar
por volta das 16:00 hrs
(Sopas).

H.D: Fratura da rági digital (D) + 5 (D)

col: Reduziu e menor
sob sedação.

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

Internou
Hospital

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
				Reservado p/ liberação 853?

Reduzido
Sedativo e
Estreitante
de dor e Inflamat
Guilherme

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

COMPARECER PREVIDÊNCIA S/A
30 JUN 2013
Assinatura do Paciente/Responsável
PROTÓCOLO
AG. SUELI MOREIRA TORRES

Assinatura e Carimbo do Médico



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



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

Num. 34473802 - Pág. 8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

O documento não é vedor fiscal.
Este documento não é segunda via da conta.
Conteúdo para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica.

Nº 017.360.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.965.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. RIOUZA F. ANGEL 148
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

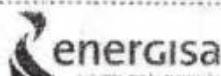
19/12/2018

259

27/12/2018

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



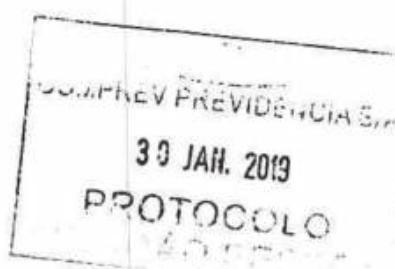
LIGAR/DESLIGAR

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/12/2018	R\$ 195,86	488642-2018- 12-6



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

O documento não é vedor fiscal.
Este documento não é segunda via da conta.
Conteúdo para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica.

Nº 017.360.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.965.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. RIOUZA F. ANGEL 148
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

19/12/2018

259

27/12/2018

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



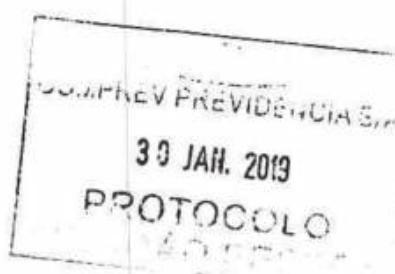
LIGAR/DESLIGAR

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/12/2018	R\$ 195,86	488642-2018- 12-6



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

Num. 34473802 - Pág. 10

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGGETTO FONSECA, QUADRILHARIA, 157 - SALA 2 - VANDAVERA
JOAO PESSOA - PBCE - CEP 58010-040-11



ENERGIA FOTOVOLTAICA SOLARE ENERGIA SOLARE CONSIDERAZIONI TECNICHE E ECONOMICHE

Autodesk Inventor Pro Electrical 2010
Globally Unique Identifier: 00014803587

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	010 842 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

[Canal de contato](#)

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lectura	Data	Lectura						
Demonstrativo									
001 - Descrição				Quadrante Testado - Vazão Fazida (m³/h) - Alt. (m) - Cota Fazida (m)					
002 - Consumo (m³)	220.000	0.00000	19.045	19.045	20	45,17	19.045	170	7,95
003 - Adc B. Verifica			4.713	19.125	20	47,13	4.713	0,04	2,25
004 - Adc B. Ativado			220	22.000	20	22,00	220	0,01	0,08
LIVRARIA DO BESÓS									
005 - COOPERATIVA MELICA			11.24	22.000	2	2.22	0,00	220	0,02

MÉDIA ÚLTIMOS MESES (XWR) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/11/2018

5 29 44 20 2 110 221 222 223 224 225 226 227 228 229 229 Nov 17 Dec 13 Jan 14 Mar 15 Jun 16 Jul 17 Aug 18 Sep 19 Oct 19

0836-1019.0d41.qbaS 93fa.d1ab.4061.ch22

Indicadores de Qualidade

Discriminación	Votos (%)	%
Demócratas	40,4	32,7
Rep. y Demócratas	29,5	23,7
Rep. y Conservadores	20,1	16,2
Rep. y Conservadores y Demócratas	9,1	7,3
Rep. y Conservadores y Conservadores	1,1	0,9

155

卷之三

LEME & ASSOCIADOS

3.9. JAH. 2019

PROTOCOLO

ANSWER

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

DATA PAGAMENTO TOTAL PAGO
28/11/2018 R\$ 198,62





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 0221206 (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, juntamente com a 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.

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

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, administrativas, 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 456.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.974.464-70, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz, Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.974.464-70, 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		Número	Complemento
Rua Agente Fiscal Jose Costa Duarte		154	
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58056-384
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

jose Pessoa, 30 de Janeiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

DLDRL.001 V001/2017

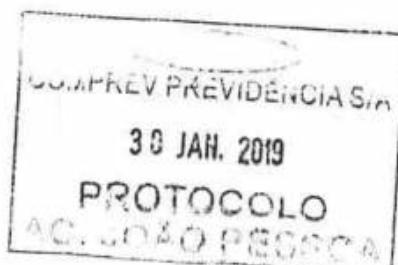
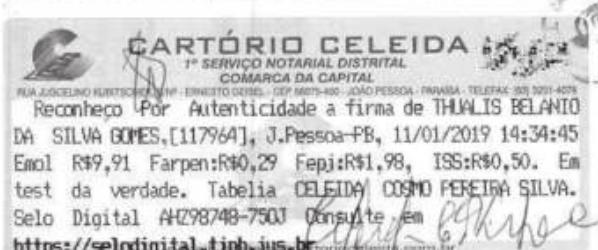
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Thiulis Belanio dos Gomes,
RG nº 4044421, data de expedição 12/12/2014
Órgão SSPB, portador do CPF nº 702.229.514-08 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Luiz Carlos Prestes, 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 Geraldo santo Faria, cujo o condutor era
Geraldo santo Faria.

Veículo: moto
Modelo: HONDA NXR 160 Bros
Ano: 2017/2017
Placa: OF-E 2992 / PB
Chassi: 9C2KDS000HR010639
Data do Acidente: 11-06-18
Local e Data: João Pessoa, 11-01-19

X Thiulis Belanio dos Gomes
Assinatura do Declarante

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





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.

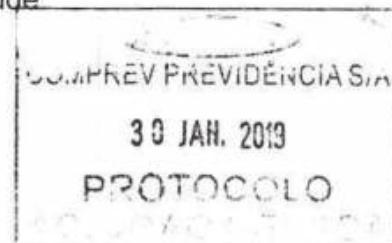
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direita e fratura de falange proximal de 4º e 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/06/2018 com alta médica dia 14/06/2018.

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

Dra. Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Mídica / Saúde da Família
Gestante / 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:		Leito:			
Nome da Mãe:		Bairro:							
Endereço:		Cidade:		Estado:		Fone:		Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:		Estado Civil:		Religião:				
Escolaridade:					Data de Nascimento:	1 / 1			
QPD:	Doi-fui pulho D. e não sente hoje.								
HDA:	Paciente vítima de fraude em não é pulho D hoje. apresentando dor + edema + limitação de movimento.								
Medicações em uso:									
Interrogatório Sintomatológico:									
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []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 []Soluço []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: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos									
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor									
PROTÓCOLO									

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]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 frat. de radio distal
De fratura de ~~radio~~ falange proximal de 4º e 5º MDD.*

Hipóteses Diagnósticas: *frat. de radio distal e frat. de falange proximal ate 4º e 5º MDD.*

Conduta: *- ao bloco p/ redução imposta + fixar. guadado
- Internação p/ trat. limítrofe*

*R27
Dr. Thales
main*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Gleison F. Soares				Registro: 2018061548
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data: 13/06/18	Cirurgião: Dr. G. Lopes	1º Assistente: Dr. G. Lopes	Instrumentador:	
2º Assistente:	3º Assistente:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Gelenos de todo os membros				5525
Golpes proximais				5626
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
osteossíntese no membro distal c/ placa e parafusos				
osteosíntese do fêmur de fixar				
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:	SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não		30 JAN. 2019	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				PROMOTOR DO ATO CIRÚRGICO

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>paciente em decúbito dorsal sob anestesia intubado e auscultado</p> <p>descoloração do corpo e gângrios</p> <p>verde color da pele, orelhas e etc</p>
Incisão:	<p>corte de fundo</p> <p>dissecção e separação das placas ósseas + osso articular</p> <p>expondo os ossos iliacos.</p>
Achados:	<p>osteite e fraturas de fibras ósseas</p> <p>osteite óssea com fratura de 50%</p> <p>microscópio e seu círculo</p> <p>reparo com spongíta</p>
Conduta:	<p>sutura parcial da articulação</p> <p>sutura da pele com apertador</p> <p>curral</p> <p>fixar com corrente</p>
Fechamento:	<p>30 JAN. 2019</p> <p>PROTÓCOLO AC. DEPARTAMENTAL</p> <p>DR. LUIS FILIPE LESSA Rheumatologia / Ortopedia Cirurgia da mão / Microcirurgia CRM-PB 10.266 TEC 14328</p>
OBS:	

Data: 1 / 1

MÉDICO/CRM

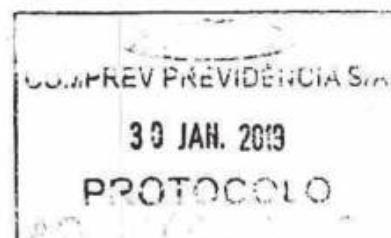
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

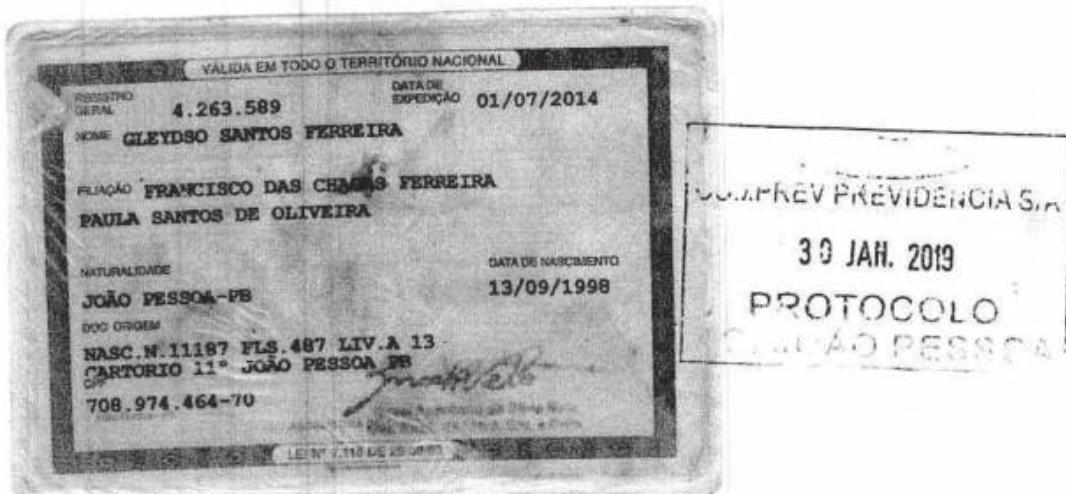


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:21:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810213510700000032964370>
 Número do documento: 20091810213510700000032964370

Num. 34473802 - Pág. 18

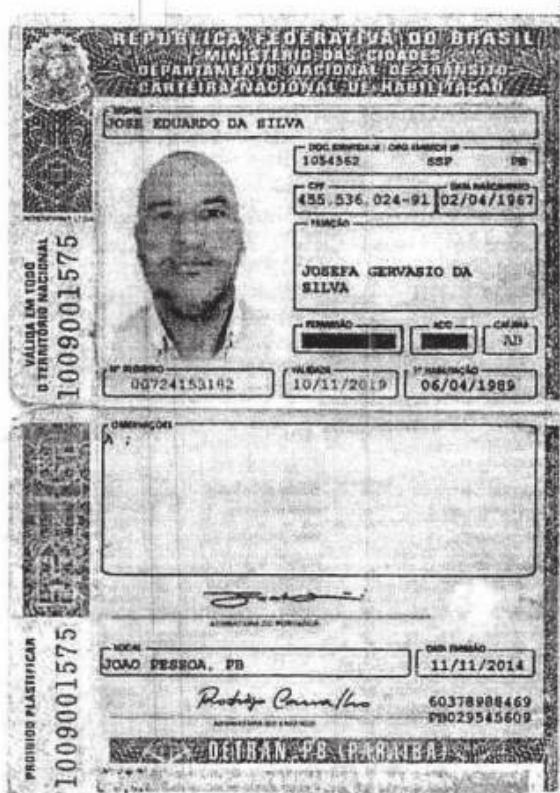
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA	
Nome Cleyssou A. Soares	Nº do At. 2013001565
Data de Alta 11/06/18	Data de Alta 19/06/18
DATA DE ADMISSÃO 11/06/18	DATA DE ALTA 19/06/18
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Gastrite na MMSB distal + colonos colitico	557T
DIAGNÓSTICOS ADITIVOS	5676
TRATAMENTO ADOTADO Antibiotico + gelas	
DIETAS E MEDICAMENTOSA	
ANESTESIA PERTINAZA	
INDECISO SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	COMPLICADA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
RETIRADA DA FERIDA MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
RESTRICOES Exercícios leves e moderados Evitar esforço	
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por dias. Retorno às atividades sem esforço físico em dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão 3x vezas por dia. Se sente dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se tem febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
DATA 14/06/18	
Dr. Luis Filipe L. Costa Traumatologista Ortopedista Ortopedia da Mão e Microcirurgia CRM-PB 10.264 TEOF 14328 ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	





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

Num. 34473802 - Pág. 20



COMPREV PREVIDÊNCIAS
30 JAH. 2013
PROTÓCOLO



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

Num. 34473802 - Pág. 21

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
sequelas: 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:

José Eduardo Soárez Ferreira, brasileiro(a), estado civil Morador, profissão Pintor, CI RG nº 4.263.589, CPF/MF nº 708.974.464-70, residente e domiciliado(a) à Rua Vila Souza Ramalho, 348 - Várzea, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58070-070, telefone 83-9 8663-4960, 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.

José Eduardo Soárez Ferreira

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
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 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade. Tabelia CELEIDA DOSIO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AH298749-AL22 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAH. 2019
PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035735/19

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

CPF: 708.974.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2018

Titular do CPF: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



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

Num. 34473802 - Pág. 24



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



Carta nº 13881641



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

Num. 34473802 - Pág. 25



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). GLEYDSON SANTOS FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 13881733



222 00519/00550 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:21:35
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009181021351070000032964370>
Número do documento: 2009181021351070000032964370

Núm. 34473802 - Pág. 26



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 FERREIRA

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%
Sobrepeso: 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**

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 - DAVIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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.

