

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8740173

A/C: MARCELO LUCAS DA SILVA

Sinistro: 3160007402
Vítima: MARCELO LUCAS DA SILVA
Data Acidente: 30/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUCIENE FERNANDES LEITE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2^a Delegacia Regional de Polícia Civil
10^a Seccional de Policia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C.Grande/PB Fone-3310-9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 30.01.2015, às 18:49 hs, na rua Odon Bezerra, bairro Liberdade, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 01.10.2015, às 11:32 hs.

COMUNICANTE/ VITIMA: MARCELO LUCAS DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, com 35 anos de idade, nascido em 04.05.1980, natural de Fagundes-PB, filho de José Lucas da Silva e de Ivonete Bezerra da Silva, residente no Sítio Laranjeiras, Município de Fagundes-PB, portador da Identidade de Nº2576254-SSP-PB, Fone- 99407-1657.

DAS TESTEMUNHAS: FÁBIO GOMES LIRA, brasileiro, solteiro, mototaxista, com 33 anos de idade, nascido em 16.11.1981, natural de Campina Grande-PB, filho de Luiz Gomes Lira e de Francisca Gomes Filha, residente na rua- José Porto, 132, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2.857.670-SSP-PB, Fone- 98811-2356 e FABIO CABRAL DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, com 33 anos de idade, nascido em 02.02.1982, natural de Fagundes-PB, filho de Severino Joaquim da Silva e de Josefa Luiz Cabral da Silva, residente no Sítio Laranjeiras Município de Fagundes-PB, portador da Identidade de Nº2823523-SSP-PB, Fone-98741-2781.

INFRATOR: Não Há.

| |
|---|
| FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS |
| 30 DEZ. 2015 |
| PÁGINA: _____ |

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 TITAN ES, Ano/Modelo 2008/2008, cor vermelha, Placa KZB-1154-PB, Chassi de Nº 9CKC08508R046257, licenciada em nome

do comunicante Marcelo Lucas da Silva, quando trafegava na rua Odon Bezerra, bairro Liberdade, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinal não identificado, cruzou a via sem a devida atenção, tendo o comunicante colidido na outra motocicleta, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

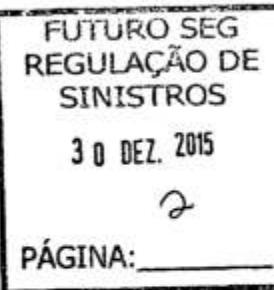
DELEGADO: LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE/VÍTIMA: Marcelo Lucas da Silva

TESTEMUNHA: Fábio Lima Lira

TESTEMUNHA: Fábio Cabral da Silva

ESCRIVÃO: Oy





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, marcelo lucas da silva, portador
 da carteira de identidade nº 2576254 e inscrito no CPF/MF sob o nº
037.581.854-59, residente e domiciliado na Sítio Barreiras
Área Rural,
 Cidade Fragundes, Estado Piauí, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo lucas da silva

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

| |
|---------------|
| FUTURO SEG |
| REGULAÇÃO DE |
| SINISTROS |
| 30 DEZ. 2015 |
| PÁGINA: _____ |

Campina Grande 15 de outubro 2015
 Local e data

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ:08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF:25

PACIENTE:

MARCELO LUCAS DA SILVA

MASCULINO

34,8

Nome: AGRICULTOR (THI) 94077/1657

Sexo:

2976254

Idade:

Profissão: SITIO LARANGEIRAS

Documento:

ZONA RURAL

Endereço: FAGUNDES

Bairro:

PB

Município: 34

Estado:

CEP:

250610

Data Atendimento: 30/07/2015 18:49h

Código do Município:

0005

DTA. NASCIMENTO: 04/05/1980

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA/COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vítima de acidente de moto há ± 24 horas, caiu, escoriaço capacete. Foi levado para o Hospital de Emergências para avaliação da ortopedia. No exame: B6g, consciente, orientado, hidratado, normocorrido.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

Exames: Radiografia realizada no dia-X de ambulatório

RESULTADOS: apresentando fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

DIAGNÓSTICO / CID:

França M. Lemos



Comprovante de ato declaratório

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Especializada:

Ortopedia

PROFISSÃO

TÍPICO

FLORIANO PEIXOTO
REGISTRO 30 DEZ 2012

PÁGINA:

PROCEDIMENTO

ATO CONVOCATÓRIO
CONSTITUIÇÃO DE PESSOAS

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - URGÊNCIA;
- 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
- 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
- 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- 01 - PRESCRITA
- 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS |

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

020120100721

CBO

225270

IDADE

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

0204090116

225320

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO LUCAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 00000001662-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0703201605000000000237057840000000166284375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, marcelo leucos da silva

RG nº 2576254, data de expedição / / , Órgão _____, CPF nº 037581854-59, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>57º loto havaianas</u> |
| Número | <u>sem número</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Área Rural</u> |
| Cidade | <u>Fagundes</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58487000</u> |
| Telefone de contato | <u>9407-1657 / 9658-4195</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lampião Grande,

Assinatura do Declarante: Marcelo Leucos da Silva

| |
|--------------------|
| FUTURO SEG |
| REGULAÇÃO DE |
| SINISTROS |
| 30 DEZ. 2015 |
| PÁGINA: <u>188</u> |

PARTE DO LUGAR DA SULTA
SITIARANIEIRAS, SN /
FAUNDES / PB CEP: 58487000 (AG: 401) - ÁREA RURAL

BR230 - KM 158 - Alça Sudeste - Tiba Imbo - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700
Classe/Subclasse: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICO CNPJ: 08.026.596/001-85 Inst. Sit: 16.000 IC9-100
Risco: 4 - 404 - 428 - 1180 Referência: Fev / 2015
NFmedidor: C1874451720 Emissão: 07/02/2015 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica MP000 CS9 454
Código para Detalhe Automático: 00001038167

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

7ee8.a7fa.8857.7c32.84ce 4546 24b1.8fa2

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 4/103518-7

Canal de contato

Fev / 2015

Prezado Cliente:
Para que a Energisa atenda seu pedido com mais rapidez e qualidade, mantenha seu cadastro atualizado. Com endereço, telefones e e-mail corretos fica mais fácil encontrar sua unidade consumidora e enviar informações importantes! Comunique seus dados pelo Call Center, nas agências, no site e nas redes sociais.

07/02/2015

Data prevista da
próxima leitura

10/03/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

3768195469

| Anterior | Cálculo de consumo | | | Consumo | Dias | |
|----------|--------------------|----------|-------|---------|------|----|
| | Data | Leratura | Data | | | |
| 01/01/15 | 13287 | 07/02/15 | 13890 | 1 | 123 | 30 |

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/02/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)

Consumo em kWh 123 0,19433 23,80
Adic. B. Vermelha 2,34

Demonstrativo

IMPOSTOS E ENCARGOS
PIS 0,12
COFINS 0,59
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA 2,23
ICMS (ISENTO)

Histórico de Consumo
(kWh)

| | |
|---------|-----|
| Jan/15 | 122 |
| Duz/14 | 117 |
| Nov/14 | 108 |
| Out/14 | 108 |
| Sep/14 | 114 |
| Ago/14 | 104 |
| Jul/14 | 36 |
| Jun/14 | 30 |
| Maio/14 | 90 |
| Abr/14 | 90 |
| Mai/14 | 90 |
| Fev/14 | 95 |

VENCIMENTO

13/02/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 29,18

Média dos últimos meses

113 kWh

Indicadores de Qualidade

2014 - Quemadas

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|--------------------------------|
| 11,80 | 0,00 | NOMINAL 220 |
| 23,19 | | |
| 48,28 | | |
| 8,00 | | |
| 15,94 | | |
| | | CONTRATADA LÍMITE SUPERIOR 201 |
| | | LÍMITE INFERIOR 221 |

| Descrição | Valor (R\$) | % |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços da Dist. de Energia/EBC | 10,95 | 37,52 |
| Compra da Energia | 14,03 | 48,08 |
| Serviço de Transmissão | 0,81 | 3,12 |
| Encargos Selecionados | 0,35 | 1,20 |
| Impostos Diretos e Encargos | 2,94 | 10,09 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 29,18 | 100,00 |

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

✓ OA

PÁGINA: _____

LUIZ FERNANDES
FUA HENRIQUE DIAS, 370 - CONCEICAO
CAMPO GRANDE / PB CEP: 58102415 (AG. 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
BR230 - KM 158 - Alça Sudeste - Telê Imbu - Campina Grande / PB - CEP 58042-
Cassa/Subida: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO CNPJ 08.926.956/01-85 Ins Est. n. 003-B;
Foneiro: 6 - 401 - 352 - 9120 Referência: Nov/2015
Nº medidor 00008048999 Emissão: 12/11/2015 Nota Fiscal/Corrida de Energia Elétrica N° 04013-0613-
Crédito para Débito Automático: 00 R\$ 0,00

Comprovante de residência

0015*

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

d909 41d4 619d 3061 8ec7 8768 8566 a68c

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 4/50879-6**

Canal de contato

Nov / 2015

Apresentação

11/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

| 370978420 | Cálculo de consumo | | | | | |
|-----------|--------------------|-------|-----------|---------|------|--|
| | Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias | |
| | | | | | | |

Faturas em atraso

| Data | Lectura | Data | Lectura | | |
|----------|---------|----------|---------|---|-----|
| 14/10/15 | 9757 | 12/11/15 | 10013 | 1 | 256 |
| | | | | | 29 |

Demonstrativo

| Descrição | Quantidade | Preço | Vlr or (R\$) |
|-----------------|------------|---------|--------------|
| Consumo em kWh | 256 | 0,40703 | 104,19 |
| Adec B Vermelha | | | 11,62 |

IMPOSTOS E ENCARGOS

| | |
|---|-------|
| PIS | 0,05 |
| COFINS | 3,94 |
| CONTRIBUICAO PÚBLICA | 10,78 |
| JUROS DE MORA 09/2015 | 5,25 |
| JUROS DE MORA 09/2015 | 2,72 |
| JUROS DE MORA 10/2016 | 0,22 |
| MULTA 06/2015 | 4,38 |
| MULTA 07/2015 | 4,18 |
| ICMS (Baseado no valor R\$ 165,08) Faz. 7,00% | 44,56 |

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Dulciane Fernandes de Oliveira, portador(a) do RG nº 003.035.709, expedido por SSP-PB, em 12/11/2010, CPF/CNPJ nº 789.217.324-20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marcelo Dulcos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza involidez da vítima Marcelo Dulcos da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: RG e CPF

| |
|---|
| FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS |
| 30 DEZ. 2015 |
| 13 |
| PÁGINA: _____ |

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

PACIENTE:

Nome: MARCELO LUCAS DA SILVA

MASCULINO

34,8

Sexo:

2576254

Idade:

Profissão: AGRICULTOR (TRI) 9407/1657

Documento:

ZONA RURAL

Endereço: SITIO LARANGEIRAS,

Bairro:

Município: FAGUNDES

PB

Data Atendimento: 30/01/2015 18:49h

Estado:

CEP: 250610

Dia de Nascimento: 07/05/1980

Código do Município:

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA/COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vítima de acidente de moto há ± 24 horas, caiu, usando capacete. Poderá de transporte do Hospital de Brejinhadas para avaliação da ortopedia. No exame B63, consciente, orientado, hidratado, ronco sonoro.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

Em tempo: Post agonia foi realizada radiografia de ambroto

RESULTADOS apresentando fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura m. lombar D



NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Especializada:

Osteopatia

TE

II

PROCEDIMENTO

PTO concorrer
exames

RO
PLACA
PAPEL
FUGA
REGISTRO

PAGINA:

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - URGÊNCIA,
 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

01 - PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

02 - APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

01301201001721

CBO

IDADE

0120401401116

20252170

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025320

0120401401116

2025



Ficha de Acolhimento

Nome: Marcelo Lucas da Silva

End.: Rua Sete Ladeiras

Bairro: Fagundes

Data de Nascimento: 04/05/1990

Documento de Identificação:

Queixa: Doente de

Data do Atend.: 30/01/2015 Hora: 19:50 Documento:

moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom Regular Baixo Aspecto: Calmo Fáctes de dor Gemente

Frequência respiratória

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: Normocorada Pálida

Deambulação: Livre Cadeira de rodas Maca

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

verde

Terezinha Lúcia D'Urso
Enfermeira
COFEN 287 537

Assinatura e carimbo do profissional



PACIENTE: MARCELO LUCAS DA SILVA

DATA DO EXAME: 30.01.2015

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula, com desalinhamento dos fragmentos.

36.

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 6

Dr. Arquimedes A.B. Lira
CRM/PB: 7197

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE QUEIMADAS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

| | |
|--------------|------------------------|
| Ficha N°: | 29/01/15 |
| Paciente: | Marlele, duas de filha |
| Origem: | Hospital Universitário |
| Solicitante: | |

Motivos do Encaminhamento:

Trauma de corte aberto e
dos e deformidade de clavícula
direita + fraturas das costelas
MSD

Escolta ortopedista.

Medicação Administrada:

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
30 DEZ. 2015
PÁGINA: _____

Encaminhado para:

Hospital Trauma de C. grande

Assinatura / Carimbo:

MÉDICO

Genésio Cirilo de Carvalho
Cirurgião Dentista
CRM 4475



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

NOME: MARCILIO LUCAS DA SILVA

DOC. EMISSOR / ÓRG. EMISSOR / UF:
257625485PPB

CPF: 037.581.854-59 DATA Nascimento:
04/05/1980

PAI: JOSE LUCAS DA SILVA

MÃE: IVONETE BEZERRA DA SILVA

PERÍODO: AB CAT. HAB: AB

NP: 04350283008 VALOR: 16/05/2017 1ª HABILITAÇÃO: 30/04/2008

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

617480537

PROIBIDO PLASTIFICAR

617480537

Assinatura do Portador:

Loca: RIO DE JANEIRO, RJ DATA EMISSÃO: 11/09/2012

Assinatura do Emissor:

66054191980
RJ385753616

DETTRAN-RJ (RIO DE JANEIRO)

10 DEZ. 2015



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

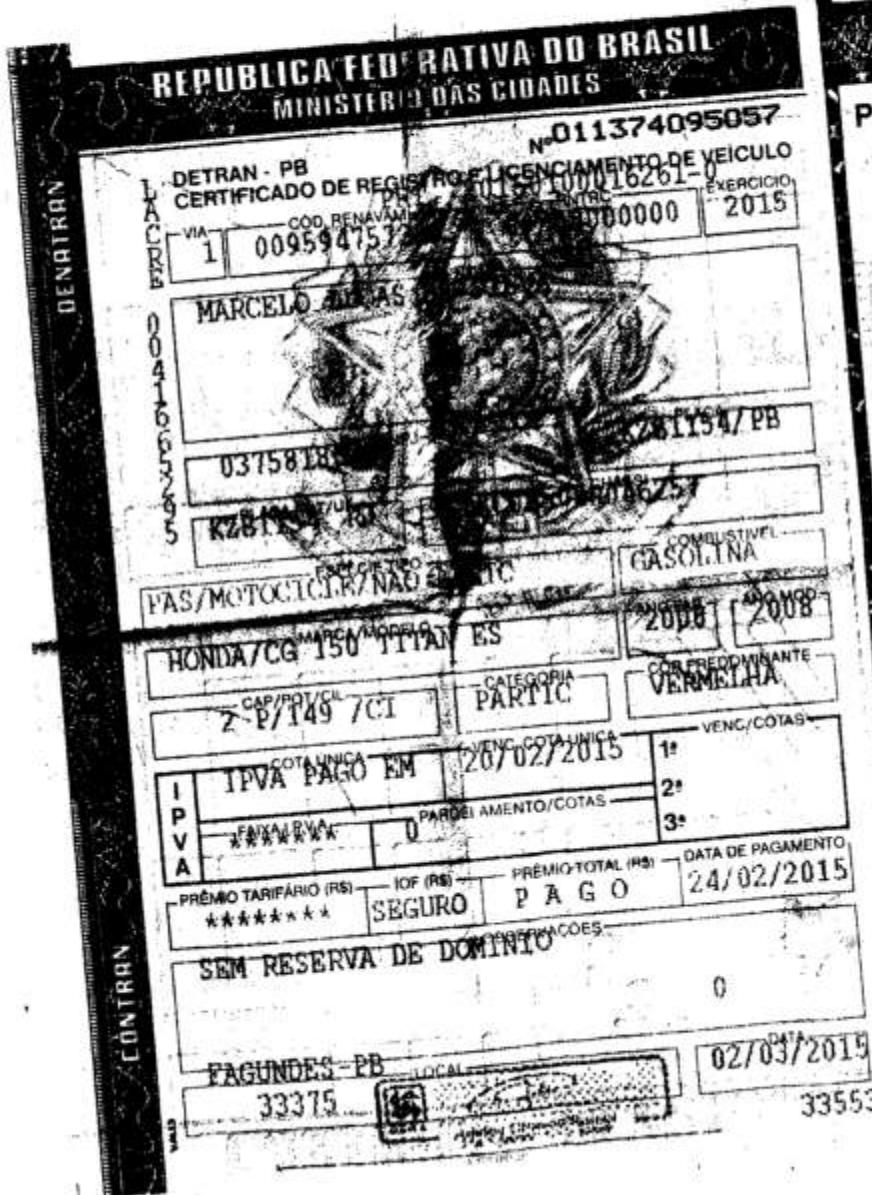
| | | | |
|------------------------------|--|----------------------|------------|
| REGISTRO SERIAL | 003.835.709 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 12/10/2015 |
| NOME | | | |
| LUCIENE FERNANDES LEITE | | | |
| FILIAÇÃO | | | |
| LOUIZ FERNANDES | | | |
| JOSEFA CARLOS FERNANDES | | | |
| NATURALIDADE | DATA DE NASCIMENTO | | |
| CAMPINA GRANDE PB 21/07/1966 | | | |
| DOC. ORIGEM | CERT. DE CASAMENTO L-B 21 F-210 RG-11439 | | |
| CAMPINA GRANDE PB-1 CARTÓRIO | | | |
| CPF | 789.217.324-26 | | |
| 3a. VIA | | | |
| ASSINATURA | | | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 | | | |



FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 14



REGISTRO OBRIGATÓRIO DE DANOS PREVISTOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE MOTOCICLETAS COM PESO SUPERIOR A 450 KG TRANSPORTADAS OU NÃO PELO SEU PROPI

PBNº 011374095057 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

03758185459 / CNPJ 000959475729 HONDA/CG 150 TITAN ES

2008 CATANE 9CZKC08350ER046257

PRÊMIO TARIFÁRIO

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| FNS (R\$) * * * * * | DETRAN (R\$) * * * * * | CUSTO DO SEGURO (R\$) * * * * * |
| IOF (R\$) * * * * * | SEGURADOR (R\$) * * * * * | TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) * * * * * |
| PAGAMENTO | | DATA DE PAGAMENTO 24/02/2015 |
| <input type="checkbox"/> SOTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE PAGAMENTO 24/02/2015 |

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
33553-1158105-20150302

30 DEZ. 2015

PÁGINA:

FEV-2014

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160007402 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO LUCAS DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula D

Descrição do exame Presença de deformidade óssea na clavícula Dir, ausência de cicatrizes ou edema, ADM do ombro preservado com **médico pericial:** uma leve limitação para elevação, bom trofismo muscular

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador de fratura de clavícula D

Sequelas permanentes: Dano anatomico pela fratura e deformidade da clavícula e leve limitação funcional para elevação com relato de perda de força.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 ombros | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| | | Total | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Curitiba, 30 de Dezembro 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Marcelo Lucas da Silva
End: Sítio Laranjeiras, sn
Cidade: Fagundes - PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 3160/007402
Sinistro de Invalidez – Marcelo Lucas da Silva

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 30/12/2015, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade de documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;
- Procuração particular reconhecida por verdadeiro ou autenticidade

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Lider/Consorcio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento está em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

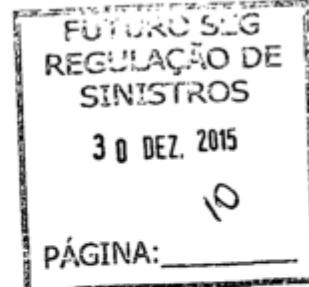
Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,



FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



Rua Carlos Dietzscht, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marcos Lúcio da SilvaDATA DO ACIDENTE 30/01/15 CPF DA VÍTIMA 032.581.854-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTECO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR St. LaranjeirasNº 510 COMPLEMENTO BairroCIDADE Fagundes UF PB CEP 58200-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

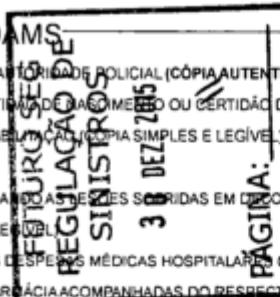
- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS DESPESSAS SORRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESSAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PÁGINA: **3**

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Marcelo Lucas da Silva

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado

Profissão: Agricultor

Identidade: 2516254 SSPPB CPF: 03758185459

Endereço: Rua Laranjeiras, Município Fagundes

PROCURADOR:

Nome: Luciene Fernandes Leite

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada

Profissão: Comunitária

Identidade: 003035709 CPF: 78921732480

Endereço: Rua Henrique Dias nº 375

19 FEV. 2016

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo: meu
bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais
para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio
DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider
(Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente
ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de
Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a
quem tenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for,
assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de
direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Local e data

2º CARTÓRIO

Marcelo Lucas da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Técnico: Maria de Fátima Letícia Cardoso
Praga da Bandeira, 165, Centro - C. Postal 100
(83) 3321-8519 - 3088-8899



Tabelionato de

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARCELO LUCAS DA SILVA
Dou fô. Campina Grande/PB - 12/01/2016
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital: ACR55063-JX7Y
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada