

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 início 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
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
10ª Seccional de Polícia 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 sinais 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 do 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:

Fabio Gomes Lima

TESTEMUNHA:

Fabio Cabral da Silva

ESCRIVÃO:

[Assinatura]

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

2

PÁGINA: _____



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 Avaranheiros
Área Rural, e
Cidade Esagundes, Estado Pernambuco, 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:

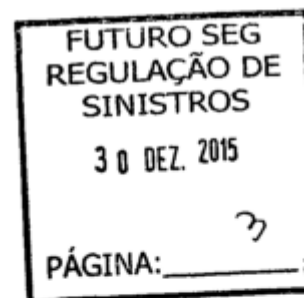
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias
com prazo superior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



Campina Grande 15 de outubro 2015
Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Especializada: *Ortopedia*

PROCEDIMENTO

ITO LACONIA
*Marcelo Lucas da Silva*FOLHA DE REGISTRO
SINISTRADO
30 DEZ 2015
PAGINA: 1

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

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
01210110072	225270	
0204040116	225320	

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

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 (TRF) 9407/1657

Sexo: 2576254

Idade:

Profissão:

Documento:

ZONA RURAL

Endereço: SÍTIO LARANJEIRAS

Bairro:

Município: FAGUNDES

Estado:

CEP: 250610

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

Código do Município: 250610

Data 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, com ferimentos. Paciente transferido do Hospital de Queimadas para avaliação de ortopedia. Do exame: BSG, consciência orientada, hidratado, normocorado.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

Em tempo: Pct apêndice foi realizado radi-X de ombro

RESULTADOS apresentando fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de ombro

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: 000000001662-4

Nr. Autenticação

BRADESCO070320160500000000002370578400000000166284375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, marcelo leucas da silva

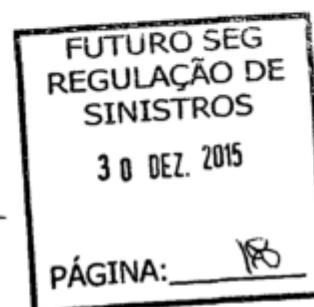
RG nº 2576254, data de expedição / / , Órgão , CPF nº 037581854-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio haranfeiras</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: campina grande,

Assinatura do Declarante: Marcelo leucas da silva



BRUNO L. LOPES DA SILVA
SIT LARANJEIRAS, S/N - AREA RURAL
FAGUNDES / PB CEP: 58487000 (AG - 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP: 58423-700
Classe/Subclasse: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA CNPJ: 08.826.596/0001-65 Ins. Est. 18.033.839-1
Roteiro: 4 - 404 - 428 - 1180 Referência: Fev / 2015
Nº medidor: C1874451720 Emissão: 07/02/2015
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 0000 029 454
Código para Débito Automático: 00001028187

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

7ee6.a71a.8857.7c32.84ce.4546.24b1.8fa2

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 4/103518-7**
Canal de contato

Fev / 2015

Apresentação

07/02/2015

Data prevista da
próxima leitura

10/03/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
3769185459

Cálculo de consumo

Anterior		Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		
08/01/15	13287	07/02/15	13890	1	123

Faturas em atraso

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

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	123	0,19433	23,80
Adic. B. Vermelha			2,34
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,12
COFINS			0,58
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			2,23
ICMS (ISENTO)			

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/15	122
Dez/14	117
Nov/14	108
Out/14	108
Set/14	114
Ago/14	104
Jul/14	36
Jun/14	30
Maio/14	90
Abr/14	90
Mar/14	90
Fev/14	95

Média dos últimos meses
113 kWh

VENCIMENTO
13/02/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 29,18

Indicadores de Qualidade 2014 - Queimados

	Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
	NOMINAL	CONTRATADA		Limite Superior	Limite Inferior
DIC MENSAL	11,80	0,00	NOMINAL	220	
DIC TRIMESTRAL	23,19				
DIC ANUAL	48,38		CONTRATADA	201	
DIC MENSAL	8,00	0,00		231	
DIC TRIMESTRAL	15,94				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia e FIC	10,95	37,52
Compra de Energia	14,03	48,08
Impostos e Encargos	0,61	3,12
Encargos Especiais	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

PÁGINA: 129

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

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Fotômetro: 6 - 401 - 352 - 9120
Nº medidor: 00008043999

Referência: Nov / 2015
Emissão: 12/11/2015

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
BR 220 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58422
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. N. 003.83

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 1.061.31
Código para Dúvidas Automáticas: 00 10.000.75



0015

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

0969 4104 6104 3061 Rec 7 9768 8564 a88c

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

Canal de contato

Nov / 2015

Apresentação

12/11/2015

Data prevista para
próxima leitura

11/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

370878420

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	14/10/15	12/11/15			
Letura	9757	10013	1	256	29

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
C. DIA 07/11/2015 PAGAS
(C. BRIGADO)

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	256	0,40703	104,19
Adic. B. Vermelha			11,62

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,86
COFINS	3,94
CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA	18,78
JUROS DE MORA 08/2015	5,25
JUROS DE MORA 09/2015	2,72
JUROS DE MORA 10/2015	0,22
MULTA 06/2015	4,38
MULTA 07/2015	4,18
ICMS (Base de Cálculo: 185,08) (Alíq. de 7,00%)	44,56

Histórico de Consumo
(kWh)

Set/15	291
Ago/15	302
Jul/15	254
Jun/15	272
Mai/15	375
Abr/15	393
Mar/15	393
Fev/15	358
Jan/15	381
Dez/14	289
Nov/14	321

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 10/2015	8,32
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2015	2,31
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2015	0,59

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

19/11/2015

R\$ 213,06

Média dos últimos meses
321 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - Alto Branco

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. MENSAL	5,70	0,00	NOMINAL 220
D.C. TRIMESTRAL	11,34		
D.C. ANUAL	22,69		
F.C. MENSAL	3,50	0,00	CONTRATADA 201
F.C. TRIMESTRAL	8,97		LIMITE INFERIOR 231
F.C. ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR 231
CMSC	3,28	0,00	
D.C.RI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia BO	35,57	16,70
Compra de Energia	84,42	39,64
Serviço de Transmissão	2,83	1,33
Encargos Setoriais	13,06	6,14
Impostos, Oneros e Encargos	88,13	41,38
Outros Serviços	9,22	4,33
Total	213,06	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Rel. 9/2015) R\$ 158,11

ATENÇÃO

- leitura confirmada

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: _____

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

BORBOREMA

Fotômetro: 6 - 401 - 352 - 9120
Matrícula: 50879-2015-11-9

19/11/2015

R\$ 213,06

83680000002-5 13060147000-3 00508792015-2 11904010016-8



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 Isukene Fernandes Leite, portador(a) do
RG nº 003.035.709, expedido por SSP-PB, em
12/11/2010, CPF/CNPJ nº 789.217.324-20

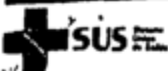
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marcelo
Isukos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invólucro
da vítima Marcelo Isukos da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: autônoma Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: RG e CPF

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Especializada: *Ortopedia*

PROCEDIMENTO

*ITO com com**monomano*FOLHA DE REGISTRO
30 DEZ 2015
PAGINA: 1

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

Profissão: AGRICULTOR (TR) 9407/1857

Sexo: 25/6254

Idade:

Endereço: SÍTIO LARANGEIRAS,

Documento:

ZONA RURAL

Endereço: FAGUNDES

Bairro:

Município: 30701-2015

18:49h

Estado:

CEP: 250610

Data Atendimento:

Código do Município:

DATA 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, caindo, usando capacete. Paciente trouxe ferida do Hospital de Queimadas para avaliação de ortopedia. Ao exame: BGL, consciente, orientado, hidratado, normocorado.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

Em tempo: Post apósmo foi realizado raio-X de ombro

RESULTADOS apresentando fratura.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.

2.

3.

4.

5.

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura do ombro☐ 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

☐ OBSERVAÇÃO☐ OUTRO HOSPITAL☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO☐ INTERNAÇÃO☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

0130120110072

225270

111

0204040116

225320

111

1111111111

1111111111

1111111111

1111111111

1111111111

1111111111

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Marcelo Lucas da Silva</u>	
End.: <u>R- São Lourenço</u>	Bairro: <u>Fagundes</u>
Data de Nascimento: <u>04/05/1990</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Queixa de</u> <u>mofo</u>	Data do Atend.: <u>30/01/2015</u> Hora: <u>18:50</u> Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fácies de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

Estratificação

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato | <input type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas | <input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial |

Carla Pereira

Tereza Viana Duarte
Enfermeira
COBEN 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. Argemiro 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 Nº:		Data:	23/01/15
Paciente:	Marcelo Alves de Silva		
Origem:	Hospital Queimadas		
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento:

trauma de outro acidente e
dor e deformidade de clavícula
direita + perfis de carne
MSD

solu. ortopedica

Medicação Administrada

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 2

Encaminhado para:	Hospital Trauma de C. Grande
Assinatura / Carimbo MÉDICO	Genésio Cirilo de Carvalho Cirurgião Geral CRM 4475

Documentos de Identificação

-0012-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO				
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 617480537	NOME MARCELO LUCAS DA SILVA			
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 25762548SPPB			
	CPF 037.581.854-55	DATA NASCIMENTO 04/05/1980		
	FILIAÇÃO JOSE LUCAS DA SILVA IVONETE BEZERRA DA SILVA			
617480537 PROIBIDO PLASTIFICAR		PONTUAÇÃO 000000	RCI 000000	
	CAT. HAB. AB	1ª HABILITAÇÃO 30/04/2008		
	Nº REGISTRO 04350283008	VALIDADE 16/05/2017		
	ASSINATURA DO PORTADOR Marcelo Lucas da Silva			
ASSINATURA DO EMISSOR Renato Praty				
LOCAL RIO DE JANEIRO, RJ		DATA EMISSÃO 11/09/2012		
		66054191980 RJ385753616		
DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO)				

30 DEC 2015



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.835.789 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2015

NOME LUCIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO LUIZ FERNANDES JOSEFA CARLOS FERNANDES

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE PB DATA DE NASCIMENTO 21/07/1966

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-8 21 F-210 RG-11439

CAMPINA GRANDE PB-1 CARTÓRIO

CPF 789.217.324-28

3a. VIA

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 25/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIRETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA: 14



FUTURO SEN
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

30 DEZ. 2015

PÁGINA:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 011374095057

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 009594757 0000000 2015

MARCELO ALMEIDA

03758185

281154/PB

KZ81154/PB

FAS/MOTOCICLETA/NAO COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES 2008 2008

2-P/149 7CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 26/02/2015 1º VENC./COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 24/02/2015

SEM RESERVA DE DOMINIO

FAGUNDES - PB

33375

02/03/2015

33553

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

VIA 1 03758185459 00959475729 HONDA/CG 150 TITAN ES

2008 9C2KCD95UBR046257

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO PAGO

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 24/02/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.601/0001-04

www.seguradoralider.com.br

33553-1158105-20150302

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 médico pericial: Presença de deformidade óssea na clavícula Dir, ausência de cicatrizes ou edema, ADM do ombro preservado com 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/Consortio -DPVAT, para finalização.

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

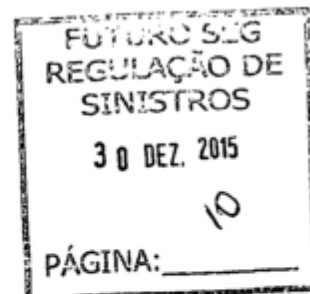
Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

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

Atenciosamente,



FUTURO SEG
Reguladora de Sinistros



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

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

www.futuroseg.net.br

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marela Lucas da Silva
 DATA DO ACIDENTE 30/01/15 CPF DA VÍTIMA 037.581.854-59
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR St. Carameiros
 Nº 50 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE Fragundes UF PA CEP _____
 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, TAIS 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 DA 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 LESÕES SÓFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Marcelo Lucas da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 2546254 SSP PB CPF: 03758185459
Endereço: Sítio Laranjeiras, Município Lagunas

PROCURADOR:

Nome: Luciene Fernandes Leite
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada
Profissão: consultora
Identidade: 003035709 CPF: 789217324-2
Endereço: Rua - Henrique Dias nº 375

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

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 Consorcio 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, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quem tenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, 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/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabela: Maria de Fátima Leite Cavalcanti
Praça da Bandeira, 100, Centro - Campina Grande - PB
(31) 3321-6000 - 3066-6000

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARCELO LUCAS DA SILVA

Dou fé. Campina Grande/PB - 12/01/2016
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital: ACR55063-JX7Y
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

Tab



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada