



Número: **0800305-50.2020.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Teixeira**

Última distribuição : **15/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PERSEU MEDEIROS DANTAS (AUTOR)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35544 154	16/10/2020 10:00	2757593_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593037

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PERSEU MEDEIROS DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15017153





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593037

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PERSEU MEDEIROS DANTAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **PERSEU MEDEIROS DANTAS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000000301686-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

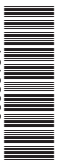
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00321/00322 - carta_15R - INVALIDEZ

00030161





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 033100 (horário de atendimento: 9h às 18h, de segunda a sexta-feira). Para pessoas com deficiência auditiva e de fala, ligue para o SAC DPVAT 0800 033100 (horário de atendimento: 9h às 18h, de segunda a sexta-feira).

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BE sem rasuras para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

252 110-304-78

Nome completo da vítima

PERSEU MEDEIROS DAMAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	PERSEU MEDEIROS DAMAS		CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Sítio Verde		Número	NOTURISTA
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Complemento
ZONA RURAL	DESTERRO	PB	56695000	Sítio
E-mail	Telefone (DDD)			
marcelo.clague@gmail.com	(83) 99640-4118			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

BRANCO

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

1563

6

0305686

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DESTERRO/PB 11 de Outubro de 2019
Local e Data

Perseu Medeiros Damas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:00:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610003261700000033954666>

Número do documento: 20101610003261700000033954666



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Cargo, e a verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Policia, constatei às Fls. 201 a Ocorrência Nº. **199/2019**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, e sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil, Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, quando por volta das 10h40min Horas, compareceu o (a) Sr (a). **PERSEU MEDEIROS DANTAS**, CPF: **252.110.304-78**, RG **589.181 SSP/PB**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido em 30/06/1959, com 60 anos de idade, Motorista, ensino Fundamental Incompleto, filho de Rubem Dantas Correia de Gois e de Maria Eracy Medeiros Dantas, residente no sítio Verde, Desterro/PB, tel: (83) 98892-8231. Aonde veio até esta Delegacia de Policia, **NOTIFICAR QUE**: informa o noticiante de que no dia 25/06/2019, por volta das 15h00min, estava pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, placa NQE 8829/PB, ano/mod 2010/2010, chassi 9C2JC4110R703227, RENAVAN 0025360152-5, de propriedade da senhora Maria da Cruz Barbosa, quando passando de frente ao Matadouro da cidade de Desterro/PB, sofreu um acidente: QUE, o noticiante diz que perdeu o controle da moto após um carro que passava colidir com a moto em que pilotava, não sabendo ate o presente quem dirigia o carro; QUE, nesse acidente o mesmo diz ter sofrido fratura no pulso esquerdo e Clavícula direita, onde apresenta Ficha de Atendimento Médico Ambulatorial; QUE, informa ainda de que foi socorrido por uma ambulância do Município de Desterro/PB, e levado ate o hospital Regional de Patos/PB, ficando internado por 10 dias e onde passou por procedimento cirúrgico. É nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Gilliard Guimarães Ferreira, Agente de Policia Civil, que a digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.).

Perseu Medeiros Dantas

Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira

Escrivão de Policia Civil

Taperoá – PB, 24 de Setembro de 2019.



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 e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF da Vítima

252.110304-78

Data do Acidente

25/06/19

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jesorebo/PB 11 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Perseu Medeiros Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VO01/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000301686-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0111201905000000000023701563000000301686168750 PAGO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO MOREIRA TORRES

RG nº 589.181, data de expedição 15/08/78, Órgão SSIPB

CPF nº 252.110.304-78, 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>Sino Verde</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Sino</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Deserto</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58695 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4117</u>
E-mail	<u>marcelomtorres@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Deserto / PB, 11 de outubro de 2019

Assinatura do Declarante:

MARCELO MOREIRA TORRES





ENERGISA PARAITA - DMS 1 PRODUTORA DE ENERGIA SA
01200 Km:1,5 - C/Alto Frederico - João Pessoa/PB - CEP 50071-120
CNPJ 03.015.000/1-40 INSC EST 15.015.073-0

NOTA: As informações de Energia Elétrica (WU07) e Gás (G06) são obrigatórias para todos os estabelecimentos comerciais.

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
-------------------	--------------	-------------------------------------	---------------

Set/2019 10/09/2019 10/10/2019 041.473.644-38

Canal de contato

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Outras	
Data	Letra	Data	Letra						
0000	1958	1958	1958						
Demonstrativo									
CC	Descrição	Debitado	Credito	Valor Base Calc	Alc. Norm(R%)	Base Calc	Post(R%)	Consumo(R%)	Consumo(R%)
0001	CONTRIBUIÇÃO	89.000	89.000	748	18,00	726	18,00	0,78	0,80
0002	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0003	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0004	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0005	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0006	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0007	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0008	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0009	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0010	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0011	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0012	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0013	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0014	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0015	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0016	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0017	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0018	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0019	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0020	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0021	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0022	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0023	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0024	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0025	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0026	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0027	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0028	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0029	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0030	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0031	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0032	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0033	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0034	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0035	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0036	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0037	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0038	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0039	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80
0040	CONTRIBUIÇÃO				18,00	726	18,00	0,78	0,80

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	BR,10	M,70	DI,10	EX,10	OUT,30
Tela de Trabalho	0.680220					

17/09/2019 15:39:56

[illegible]

13dc171d.0cd9.4aaa.ea12.c13c 5b46.a891

Indicadores de Qualidade	Composição do Consumo
--------------------------	-----------------------

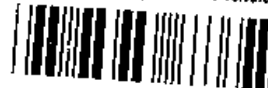
[illegible]

Ve al día US\$ (R= 772019) R\$ 20.72



Num. 35544154 - Pág. 9

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Cruz Barbosa,

RG nº 755.795 SSPB data de expedição 10/05/1980

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 276.083.734-72, com

domicílio na cidade de Desterro, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sírio Verde, Zona Rural de Desterro/PB, nº S/N,

complemento Sírio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima PERSEU MEDEIROS DANTAS, cujo o condutor era

PERSEU MEDEIROS DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS

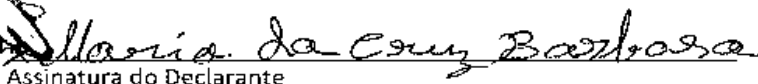
Ano: 2010

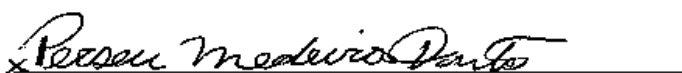
Placa: NBE 88231PB

Chassi: 9C2JC4110AR703227

Data do Acidente: 25/06/19

Local e Data: Desterro/PB, +


Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTARIAL
Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DA CRUZ BARBOSA

Dou fé. Desterro/PB - 11/10/2019

Escrevente: Dayse Torres de Queiroz Almeida

Selo Digital: A1H23151-0E41

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

Emol R\$9,91 Propri R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,98

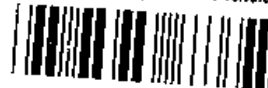


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:00:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610003261700000033954666>

Número do documento: 20101610003261700000033954666

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Cruz Barbosa,

RG nº 755.795 SSP/PB data de expedição 10/05/1980

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 276.083.734-72, com

domicílio na cidade de Desterro, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sírio Verde, Zona Rural de Desterro/PB, nº S/N,

complemento S/N, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima PERSEU MEDEIROS DANTAS, cujo o condutor era

PERSEU MEDEIROS DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NBE 88231/PB

Chassi: 9C2JC4110AR703227

Data do Acidente: 25/06/19

Local e Data: DESTERRO / PB, +



Maria da Cruz Barbosa
Assinatura do Declarante

Perseu Medeiros Dantas

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DA CRUZ BARBOSA

Dou fé. Desterro/PB - 11/10/2019

Escrevente: Dayse Torres de Queiroz Almeida

Selo Digital: A1H23151-0E41

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

Emol R\$9,91 Propria R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,98



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:00:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610003261700000033954666>

Número do documento: 20101610003261700000033954666

Num. 35544154 - Pág. 11

FICHA DE INTERNAÇÃO

CC 1604

INTERNAÇÃO	50039	HORA	21:07	PRONTUÁRIO	27386
DATA	25/06/2019	OPERADOR	MCARMO		
OCCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	USF OUTRA CIDADE				
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MORTIRA SERAFIM				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	PERSEU MEDEIROS DANTAS	IDADE	59a 11m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARTA ERACY MEDEIROS DANTAS				
FILIAÇÃO II	RUBEM DANTAS CORREIA DE GOIS				
CIDADE	DESTERRO	UF	PB		
ENDEREÇO	SÍTIO VERDE				
PAÍS	ZONA RURAL				
NATURALIDADE	TEIXEIRA				
TELEFONE		CELULAR	83988928231		
C.N.S.	898004187705661	IDENTIDADE	589181		
C.P.F.	252.110.304-78	REG. NAC.			
NASCIMENTO	30/06/1959	COR	PARDO		
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	MOTORISTA		

Documentação médica - hospitalar



RESPONSÁVEL GARRIELA BARBOSA

Ass. Resp./Paciente Gláucia B. de Almeida

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

DADOS DA SAÍDA

Data 04/07/19

Hora 08 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Leonardo Monteiro
CRM 17.221



Num. 35544154 - Pág. 13

PACIENTE: <u>Parro Mediana Wauter</u>				
QT.: <u>16</u>	LEITO: <u>04</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59</u>	REGISTRO: <u>27306</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Campos do Rêgo</u> (E)		CIRURGIÃO: <u>Morales</u>		
ANESTESIA: <u>Halotano + Sedação</u>		ANESTESISTA: <u>Tavares</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>Forcettine</u>	DATA: <u>02/07/19</u>	INÍCIO: <u>16:10</u>	FIM:	



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☒	TX. de Instrumentador	☒	Equipo p/ <u>soro</u> e sangue
☒	TX. Capnógrafo	☒	Scalp
☒	TX. Bomba de Infusão	☒	Luva Est. p/ Procedimentos
☒	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi
☒	TX. Monitor Córdio-Respirador	☒	Sonda Foley
☒	TX. de Laser	☒	Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo	☒	Seringa 1 ml
☒	TX. de Instalação S. Vesical	☒	Seringa 3 ml
☒	TX. Sala	☒	Seringa 5 ml
☒	TX. Bisturi Elétrico	☒	Seringa 10 ml
☒	TX. Aspirador Elétrico	☒	Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso	☒	Eletrodos desc.
☒	Neocain	☒	Atadura de Crepom 10 cm
☒	Halotano	☒	Atadura de Crepom 20 cm
☒	Thionembutal	☒	Atadura Gessada 10 cm
☒	Quelicin	☒	Sonda Uretral
☒	Pavulon	☒	Sonda Nasogástrica
☒	Dorminid	☒	Éter Sulfúrico
☒	Fentanil 0,05 mg	☒	Dreno Penrose
☒	Xilestesin a 5%	☒	Dreno Sucção
☒	Inoval	☒	Dreno de Tórax
☒	Xilocaína a 2%	☒	Esparadrapo
☒	Etodimide	☒	Xilocaína Gel
☒	Ketalar	☒	Álcool 70%
☒	Pubicovaina 0,5%	☒	PVPI Tintura
☒	Dimorf	☒	Gases
☒	Lanexat 0,5 ml	☒	Algodão Hidrófilo
☒	Narcan	☒	Algodão Ortopédico
☒	Forane	☒	Cidex
☒	Sufenta	☒	Vaselina Estéril
☒	Diazepam	☒	Agulha Descartável
☒	Água destilada 10 ml	☒	Pastilha de Formol
☒	Prostigmine	☒	Fio Cromado 0 c/ agulha
☒	Atropina	☒	Fio Cromado 0 s/ agulha
☒	Adrenalina	☒	Fio Cromado 1 c/ agulha
☒	Efortil	☒	Fio Cromado 1 s/ agulha
☒	Cefalotina 19 g	☒	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
☒	Dixtal	☒	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
☒	Plasil <u>De xomexon</u>	☒	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
☒	Dipirona	☒	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
☒	Esparin 5000 VI	☒	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
☒	Tilatil	☒	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
☒	Amicacina 500 mg	☒	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
☒	Agulha de Raque Descartável	☒	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
☒	Abbocate 20 e 22	☒	Polycot 0 c/ agulha
☒	Polycot 0 s/ agulha	☒	Polycot 2-0 c/ agulha
☒	Polycot 2-0 s/ agulha	☒	Polycot 3-0 c/ agulha
☒	Polycot 3-0 s/ agulha	☒	Prolene 2-0 c/ agulha
☒	Prolene 0 c/ agulha	☒	<u>nylon</u> 3-0



PACIENTE: <u>Perseu Nideir de Azevedo</u>				
QT: <u>2-2</u>	LEITO: <u>1606</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59 ans</u>	REGISTRO: <u>27306</u>
CIRURGIÃO: <u>Roberto de Azevedo, Dr.</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Walsom</u>	
ANESTESIA: <u>Sedação</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Marinho</u>	
INSTRUMENTADORA:		DATA: <u>27.06.19</u>	INÍCIO: <u>16:30</u>	FIM:



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scap <u>Soro ES</u>
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
6	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	<u>Novat Profadol</u>		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocare 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



ortopedia e traumatologia

Materiais Médico Hospitalar EIREL

5339

PEDIDO DE VENDAS

No

☐ Caixa Prolata

☐ Caixa fixa

NF N°		Prontuário
Hospital		Vendedor
Paciente		Data
Médico	Instrumentador	Convênio
Procedimento		

[illegible]

COND DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidrio da Silva, 24 - Bairro Timóti - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

PHONE: (80) 3129-2456

E-mail: cromusitda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

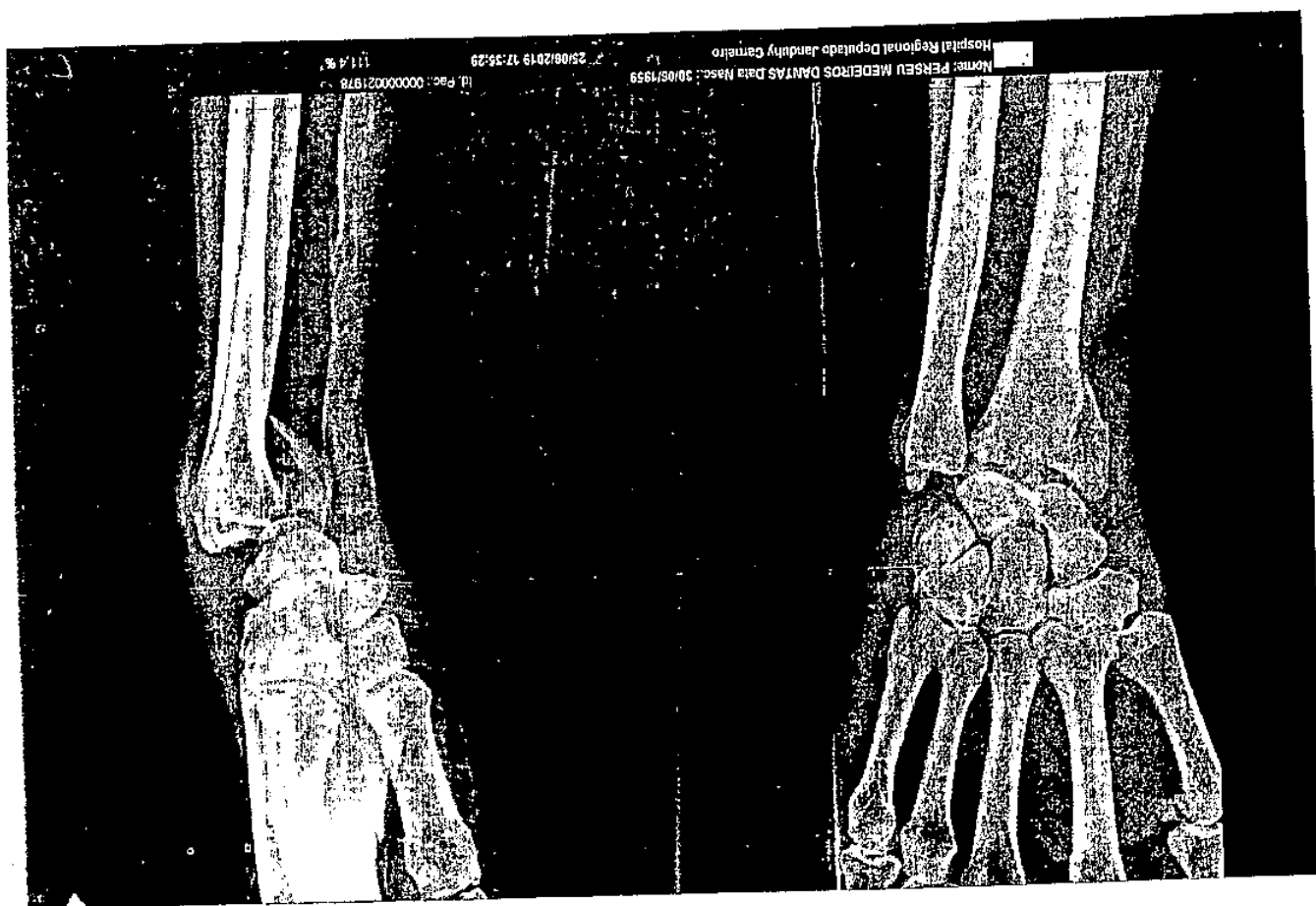


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:00:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610003261700000033954666>

Número do documento: 20101610003261700000033954666

Num. 35544154 - Pág. 17







RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 50039
DATA 25/06/2019 HORA 21:07
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 27306
OPERADOR MCARMO

PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS

IDADE 59a 11m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, DE DE 20

MÉDICO/CRM



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Pedro M. de R.

Da Clínica:

Enfermaria:

A Clínica:

Leito:

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

11/11/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

59 anos.
Pac - op. fratura U.S.E. / claudicação
D.M.P. N.D.V.
M.G.D. N.D.V.
A. U.E.R.H. ①
A.C.V. R.A.R. 21. Sem sintomas
E.C.G. N.D.V.
Conclusões: Baixo risco

Data:

27/06/19

Assinatura do Médico Especialista

Dr. Paulo José Torres
Cardiologista - N.º de Registro
CRM-PB: 6189

REGIONAL DEPARTAMENTO
JANDUHY GARNIERO

INSS COVENIO
SUS CARABANA

SECRETARIA DE
SAÚDE

SUSC

1604

PRONT... 27306 NºREQUIS.: 13591
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente: 13 seg.
T.P. Controle: seg.
Atividade: 62,3 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

TNR

Resultado: 1,36
Valores de Referência:
0 sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
1 uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente: 37 seg.
T.T.P.A. Controle: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente: 26 a 36 seg.



16/04

PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13591
PACIENTE: FERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	Método:	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITÓGRAMA				
HEMÁCIAS	4.62	milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³ MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13.7	g/dL	FEMININO	12 a 16 MASCULINO 13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO	42.4	%	FEMININO	35 a 45 MASCULINO 41 a 53
MCV	91.8	fL	NORMAL	80 a 100
MD	29.7	pg	NORMAL	26 a 34
HCN	32.3	g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW	14.5	%	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	11.100	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELOCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	69	% 7659 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS	03	% 0333 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS	18	% 1998 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS	10	% 1110 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS	174.000	mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
-----------------------	---------	---------------------	--------	-------------------

CONSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA	
SÉRIE BRANCA	
SÉRIE PLAQUETÁRIA	

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 16/10/2020 10:00:32



REGIONAL DEPUTADO
JAMBUARY CARNEIRO

GOV. GOMES
ROSE D'AMORIM

SECRETARIA
DE SAÚDE

SISTEMA
DE SAÚDE

PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13591
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

GLICOSE

Material: SORO
Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS
NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO:89 mg/dL

27/06/2019
10:00:32
SUELIO MOREIRA TORRES



PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13540
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 26/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

CC 1604

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS	4.73 milhões/mm ³	FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm ³ MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm ³	
HEMOGLOBINA	14.2 g/dl	FEMININO 12 a 16 MASCULINO 13,5 a 17,5	
HEMATÓCRITO	43.4 %	FEMININO 35 a 46 MASCULINO 41 a 53	
VCM	91,8 fL	NORMAL 80 a 100	
HCM	30,0 pg	NORMAL 26 a 34	
HCM	32,7 g/dL	NORMAL 31 a 55	
RDW	14.5 %	NORMAL 11 a 15	

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15.300 /mm ³	NORMAL 4.000 a 10.000	
PROMIELOCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0	
MIÉLOCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0	
METAMIELOCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0	
BASTONETES	01 % 0153 /mm ³	NORMAL 0 a 5	
SEGMENTADOS	79 % 1208 /mm ³	NORMAL 35 a 65	
EOSINÓFILOS	01 % 0153 /mm ³	NORMAL 1 a 4	
BASÓFILOS	01 % 0153 /mm ³	NORMAL 0 a 1	
LINFÓCITOS	10 % 1530 /mm ³	NORMAL 25 a 45	
MONÓCITOS	08 % 1224 /mm ³	NORMAL 2 a 8	

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.: 226.000 mil/mm³ NORMAL - 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

[Handwritten signature]



REGIONAL DEPUTADO
JANUARY CARNEIRO

SUELIO MOREIRA TORRES

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

10/10/2020

PRONT.: 27306
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Nº REQUIS.: 13540

EMISSION.: 26/06/2019

SEXO: M

IDADE.: 59

GLICOSE

Material.: SORO

Método.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO

141

mg/dL



REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

EXAME DE LABORATÓRIO
TUBO DA FERRAÇA

DIAGNÓSTICO

U

FRONT.: 27806
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Nº REQUIS.: 13540

EMIÇÃO.: 26/06/2019

SEXO: M

IDADE.: 59

CC 3604

COAGULOGRAMA

Material: SORO

Método: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente: 12 seg.

T.P. Controle: seg.

Atividade: 92,1 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado: 1,05

Valores de Referência:

sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente: 36 seg.

T.T.P.A. Controle: seg.

Valores de Referência: 26 a 36 seg.

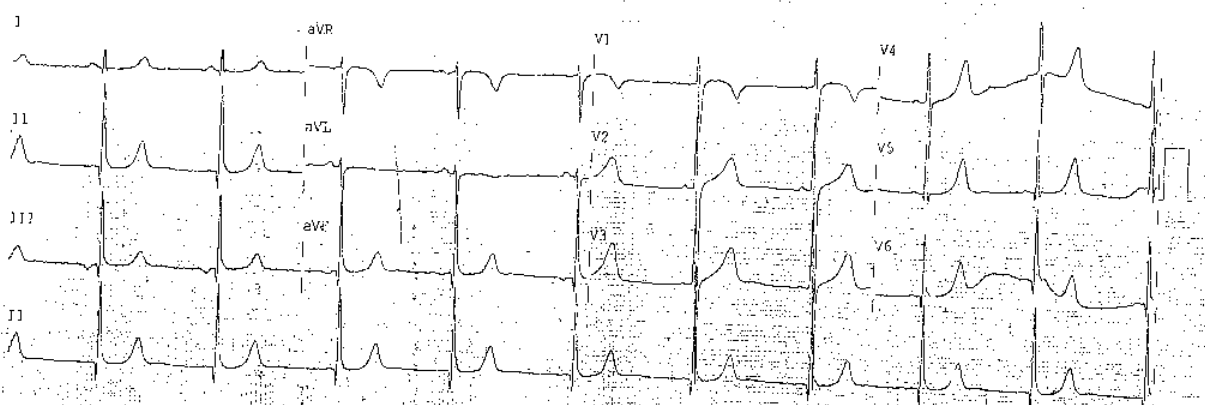
TAP Paciente:

Lucas A. Silva
CRM: 9027



12 deriva: posicionamento padrão

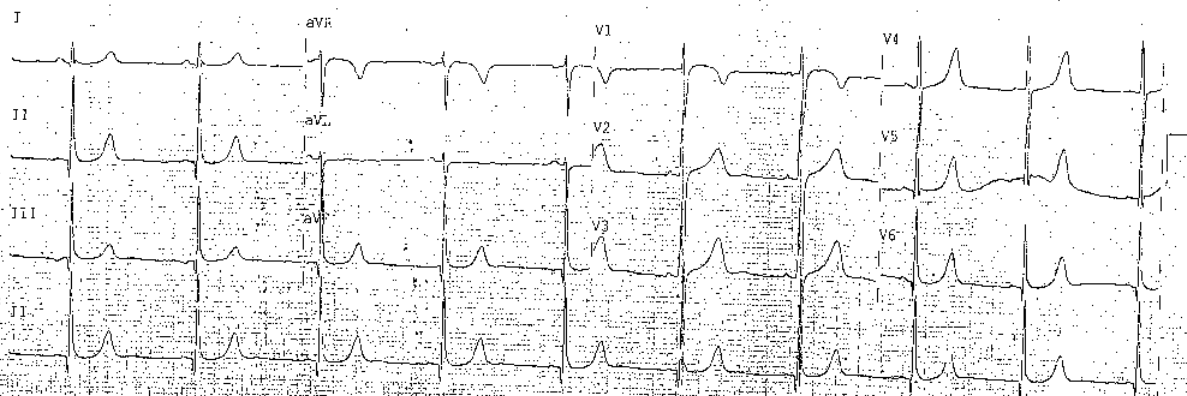
25/06/2019 22:37:45



Equip: PENTAC, Veloc: 25 mm/s, Membr: 10 mm/mV, Tórax: 10 mm/mV, F: 60-0.1-100 Hz, 1000b CL, P?



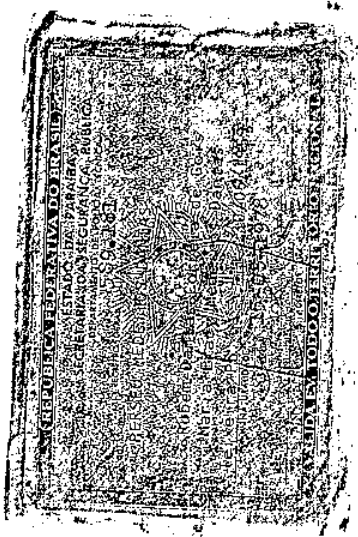
12 derivã; posicionamento padrão



Input Voltage: 0.7 mm/s X-axis: 10 mm/mV Y-axis: 10 mV/mV
 PHILIPS SLO-TRAC CROSCOP-827 100 Hz 1000 Cl p27



Documento de identificação







Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
252.110.304-78

Nome
PERSEU MEDEIROS DANTAS

Nascimento
30/06/1959

CÓDIGO DE CONTROLE
90DC.C6AE.C12E.2972



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:17:03 do dia 24/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364986/19

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF: 252.110.304-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2019

Titular do CPF: PERSEU MEDEIROS
DANTAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
Outros

Outros



PERSEU MEDEIROS DANTAS : 252.110.304-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS
CPF: 252.110.304-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

PERSEU MEDEIROS DANTAS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA PERSEU NEDEIROS DANTAS

DATA DO ACIDENTE 25/06/19 CPF DA VÍTIMA 252.110.304-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Verde

Nº SIN COMPLEMENTO SÍTI BAIRRO Zona Rural

CIDADE Distrito UF PA CEP 58695000

E-MAIL marcos@adregmail TELEFONE (83) 99640-4137

Com

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)

☒ 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

☒ PROTOCOLO 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 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 LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA 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\$ 15.500,00
- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/10-2019

IDENTIDADE 589.184 SSP/PA

ASSINATURA Perseu Medeiros Dantas

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



CERTIDÃO

Venho por meio deste, a pedido de pessoa interessada, certificar que eu **MARIA DA CRUZ BARBOSA**, portadora do Cadastro de Pessoa Física (CPF): 276.083.794-72, sou proprietária da moto HONDA/CG 125 FAN KS, placa: NQE 8829/PB, ano 2010, espécie tipo (PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC), com a seguinte numeração do código RENAVAM: 0025360152-5 e CHASSI: 9C2JC4110AR703227, conforme documentação em anexo a este.

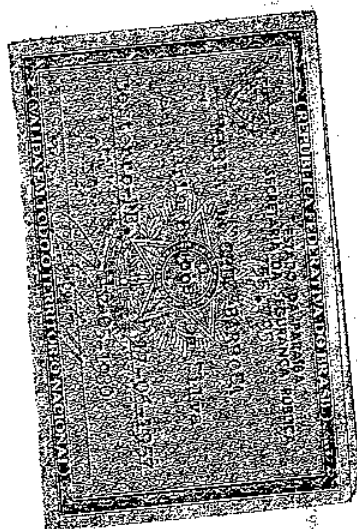
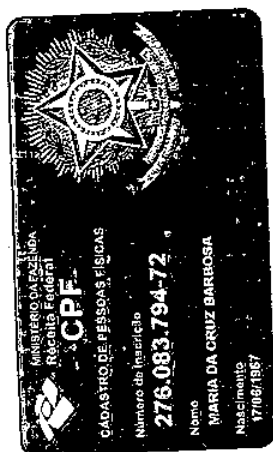
Outrossim, certifico que quaisquer informações com relação este bem móvel, estamos a inteira disposição.

A expressão supracitada é a verdade.

Destefiro/PB, 26 de Agosto de 2019.

x *Maria da Cruz Barbosa*
MARIA DA CRUZ BARBOSA
DECLARANTE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593037 **Cidade:** Desterro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364986/19

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF: 252.110.304-78

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PERSEU MEDEIROS DANTAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

PERSEU MEDEIROS DANTAS : 252.110.304-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS
CPF: 252.110.304-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

PERSEU MEDEIROS DANTAS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

