

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8321687

A/C: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO

Sinistro: 3151044340
Vitima: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO
Data Acidente: 24/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8359635

A/C: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO

Sinistro: 3151044340
Vitima: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO
Data Acidente: 24/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8715805

A/C: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO

Sinistro: 3151044340
Vítima: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO
Data Acidente: 24/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Samuel Silva de Azevedo
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa São José, 34
Alto do Cemitério Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4220416
Data local do exame: [29/02/2016] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da clavícula direita.

Ao exame físico apresenta deformidade da clavícula direita devido consolidação viciosa de fratura, hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*)).

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Evolui com deformidade da clavícula, limitação de mobilidade e deficit de força do ombro direito.

Data da alta: 15/12/2015.

Realizado tratamento conservador com resultado insatisfatório.

Complicações: Consolidação viciosa de fratura da clavícula direita.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim **() Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta deformidade da clavícula direita, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() “Sem sequela permanente”

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

João Bartolomeu P. Rabelo

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Samuel Silva de Azevedo
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa São José, 34
Alto do Cemitério Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4220416
Data local do exame: [29/02/2016] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da clavícula direita.

Ao exame físico apresenta deformidade da clavícula direita devido consolidação viciosa de fratura, hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*)).

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Evolui com deformidade da clavícula, limitação de mobilidade e deficit de força do ombro direito.

Data da alta: 15/12/2015.

Realizado tratamento conservador com resultado insatisfatório.

Complicações: Consolidação viciosa de fratura da clavícula direita.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim **() Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta deformidade da clavícula direita, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() “Sem sequela permanente”

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

João Bartolomeu P. Rabelo

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM-PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO 3151 094340

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Somuel Silva de AzevedoPORTADOR(A) DO RG Nº 9220916EXPEDIDO POR SSP/PIBEM 22/01/2014CPF 124627454-08 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Somuel Silva de Azevedo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

REGULAMENTO DE SINISTROS

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

17 DEZ. 2015

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 93.990-2
104

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 00000093990-2

Nr. da Autenticação D3B5CCC8C55185D6



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência

0001

Livro nº 007/2015
Ocorrência nº. 2408/2015



Aos VINTE dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SORRANEIA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) GILVANY RIBEIRO DA SILVA, aí, por volta 15h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SAMOEL SILVA DE AZEVEDO, conhecido por , Identidade nº 4.220416-SDS/PB, CPF nº 124627454-08, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: auxiliar de pedreiro, filho(a) de José Cândido De Azevedo, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 02/08/1996 (19 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Alto Do Semitório Segunda Travesa São José, nº 84, bairro: ALTO DO SEMITÓRIO - Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: PROXIMO AO CHURASQUINHO DE MANO NA PRAÇA SEM FIM, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 99148-9852.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 24 de setembro de 2015;
- 3) HORÁRIO: 00h:19min;
- 4) LOCAL: ESTRADA DE CAPIN SENTIDO MAMANGUAPE nº s/n, bairro: - CAPIN/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? MOTO CINQUENTA CILINDRADAS (CINQUENTINHA);
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS?

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

SAZAKI MOTORES

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

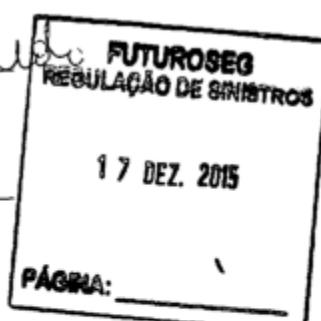
QUE O HORA DECLARANTE VINHA DE CAPIM SENTIDO MAMANGUAPE, QUANDO UM CELTA PRETO NO MOMENTO DE SUA UMTRAPASAGEM. COLIDIU COM O MESMO BATENDO COM O RETROVISOR NO GUIDOM DE SUA MOTOCICLETA.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Samoel Silva de Azevedo
SAMOEL SILVA DE AZEVEDO
Comunicante
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 181893-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Samuel Silva de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 4220416 e inscrito no CPF/MF sob o nº 124.624.454-08, residente e domiciliado na 2ª travessa São José, 34, Alto do Cemiterio. Cidade Momonganpe, Estado Paraíba, 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.

Samuel Silva de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

João Pessoa, 20 de novembro de 2015





PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU - 192



Mamanguape, 02 de Outubro de 2015

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Samuel Silva de Azevedo, foi atendido pela USB - Unidade de Suporte Básico de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Mamanguape, no dia 24 de Setembro de 2015, vítima de queda de moto. O mesmo foi conduzido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Atenciosamente

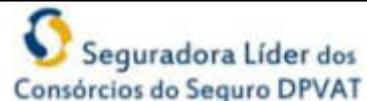
Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU
Enfermeira-COREN 294134
Mamanguape

Naiany Cruz de Freitas
Coordenadora do SAMU 192 Mamanguape



BR 101, Km 40, S/N Satélite – Fone 8742-1933/ 9181-4743

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3151044340 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAMUEL SILVA DE AZEVEDO **Data do acidente:** 24/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame Apresenta deformidade da clavícula direita devido consolidação viciosa de fratura, hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com resultado insatisfatório.

Sequelas permanentes: Apresenta deformidade da clavícula direita, limitação de mobilidade articular e deficit de força do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Somuel Silva de Azevedo,

RG nº 4220416, data de expedição 22/01/2019 Órgão SSP/PB,

CPF nº 124.627.454-08, 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>2 Travessa São José</u>
Número	<u>34</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto do Cemiterio</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3566-4618</u>
E-mail	<u>nobre.futuroseg@gmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Passos, 6 de novembro de 2015.

Assinatura do Declarante: Somuel Silva de Azevedo

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é Segundo-Via de conta original.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.

Nº 000.402.093



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO LIVRAMENTO OLIVEIRA DA SILVA
2 TV SAO JOSE 34
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/333396-0

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2015

12/08/2015

19/08/2015

R\$ 78,17

Acesse: www.energisa.com.br

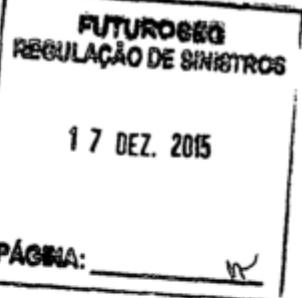


MARIA DO LIVRAMENTO OLIVEIRA DA SILVA

Roteiro: 06-014-045-1720

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2015

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/08/2015	R\$ 78,17	333396-2015-08-B





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 Denilo de Araújo Leite, portador(a) do RG nº 3.929.939, expedido por SSP/PB, em 04/01/2016, CPF/CNPJ nº 021.762.164-31, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Somuel Silveira de Aguiar da vítima Somuel Silveira de Aguiar, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas.

Profissão: Administrador, Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

FUTUROSESG REGULAÇÃO DE SINISTROS	
17 DEZ. 2015	
PÁGINA: _____	

Denilo de Araújo Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SAMUEL SILVA DE AZEVEDO
DATA DE NASCIMENTO	02/08/96
NOME DA MÃE	LUZINETE COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	868.050
DATA DO ATENDIMENTO	24/09/15 /
HORA DO ATENDIMENTO	02:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente, procedente da cidade de Mamanguape, vítima de acidente de motocicleta, nega desmaio e nega vômito. Refere dor na clavícula direita. Presença de fratura de clavícula direita. Abdomen plano, flácido e indolor. Pupilas fotorreagentes e isocônicas. Glasgow 15. Paciente com indicação de tratamento cirúrgico da fratura de clavícula.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax AP
RX de clavícula direita AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura na clavícula direita.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	24/09/15
DATA DA EMISSÃO:	30/10/15

Dr. José da Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, FERIADOS DE FOLGAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

17 DEZ. 2015

PÁGINA: _____



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.220.416
NOME	SAMUEL SILVA DE AZÉVEDO
FILIAÇÃO	JOSÉ CÂNDIDO DE AZEVEDO LUZINETE COSTA DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CABEDELO-PB	02/08/1996
DOC ORIGEM	
NASC.N.26879 FLS.43V LIV.A-36	
CARTORIO MAMANGUAPE -PB	
CPF	124.627.454-08
Assinatura do Diretor	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83	

FUTUROS
REGULAMENTOS
DE SINISTROS
17 DEZ. 2015
PÁGINA: _____







DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
SAZAKI MOTORS LTDA AV PROJETADA 2, 170 - - LOTEAMENTO JARDIM GAMA, Cabedelo, PB - CEP: 58310000 - Fone/Fax: 8335311260		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 : Entrada 1 1 : Saída Nº 000.003.213 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	
VENDA INSCRIÇÃO ESTADUAL 161487572		CONTROLE DO FISCO CHAVE DE ACESSO 2513 0607 9342 6300 0117 5500 1000 0032 1319 6992 5002 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 3251300006702260 - 13/06/2013 17:10	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOMENCLATURA SOCIAL SEVERINA DO RAMO DA SILVA	CNPJ/CPF 660.658.954-15	DATA DA EMISSÃO 25/03/2013
ENDERECO CONJUNTO MANOEL FERNANDES DE LIMA N° 25	BAIRRO/ESTRATO CIDADE NOVA	CEP 58280-000
MUNICÍPIO Mamanguape	DESCRIÇÃO FONE/FAX	UF PB INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO

FATURA

OUTROS

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS R\$ 2.800,00	VALOR DO ICMS 255,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMST 0,00	VALOR DO ICMST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$ 2.800,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL 1- Destinatário/Remetente	FRETÉ POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDERECO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	% ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍO. ICMS	ALÍO. IPI
?	MOTOCICLETA MARCA CHARMING, MOD: JETSUY, 50cc, A GASOLINA, TRANSMISSÃO MANUAL, MOTOR IC-47,6cc/1P3WFMR, ÚNICO CILINDRO ANO:2012, MODELO:2013,CHASSI:LT-TEXCBLBXC 101 3707, MOTOR:IP39AMB12030042, COR: AMARELA	87111000	100	5101	UND	1.000	2.800,00	2.800,00	2.800,00	255,00		17,00	

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 478164	VALOR TOTAL DAS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	
--	--------------------------	--------------------------	--

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES VENDEDOR: LEO MAMANGUAPE	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

FUTUROSCOPO
REGULAÇÃO DE SINISTROS

17 DEZ. 2015

PÁGINA:

Curitiba, 17 de Dezembro de 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Nome: Samuel Silva de Azevedo
End: Travessa Sao Jose, 34
Cidade: Mamanguape/PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 3151/044340
Sinistro de Invalidez – SAMUEL SILVA DE AZEVEDO

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos os documentos do processo acima mencionado em 17/12/2015, 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;

1. Extrato bancário da movimentação ou cópia do cartão legivel.

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

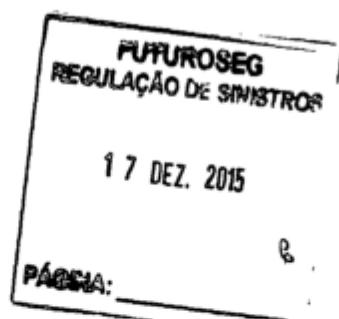
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Lider /Consórcios do Seguro DPVAT.

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,

UV
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

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTEMENT DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Samuel Silva da Cunha
DATA DO ACIDENTE 24-03-2015 CPF DA VITIMA 124.627.454-08

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL DILIGENTEMENTE COM

ANALYSIS.

ENDERECO DO PORTADOR 2^a aveua São José

Nº 34 COMPLEMENTO BAIRRO Alto do Cemitério

enfant Momonguapé ur p

E-MAIL nobre_futuroseq@gmail.com TELEFONE 1831-3566-4618

MANAJERIJA POMOĆI SADA DOSEN U NJO ENFEGU

-DOCUMENTOS BÁSICOS : INVALIDEZ PERMANENTE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- I) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO NASSEMBLÉIA CIVIL, CHAMADA DE ELEIÇÃO - REGISTRO ESTATUTARIAIS DA SOCIEDADE NA FEDERACAO, O PRAZO SERÁ DE 15 (quinze) DIAS;
II) DIRETOR-REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, NOME EMPRESA E LEGÍTIMA
III) DECLARAÇÃO DE DESENTRALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO, CERTIFICAÇÃO DE HABILITACAO, PASTORAL, E AQUILO
DECLARAÇÃO, BARRAÇO E CARTA GERAL;
BOC, SE PRECISO, ANEXO ELETRONICO, COM PROVA DE RECEBIMENTO, E, SE NECESSARIO, A DOCUMENTAÇÃO.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- DEPARTAMENTO DE DIREITOS HUMANOS DA FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE ESTUDANTES
E ALUNOS DA UNICAMP (DAD) - DIA 10 DE MARÇO DE 1985. ABERTA A CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO CAMPUS NACIONAL DE PESQUISAS SOBRE A EDUCAÇÃO.
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO
PLANEJAMENTO MÉDIANO E LONGO PRAZO PARA AS EDUCAÇÕES SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADO COM SIMPLEZ E LEVEZ
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADA COM SIMPLEZ E LEVEZ
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADA COM SIMPLEZ E LEVEZ
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADA COM SIMPLEZ E LEVEZ
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADA COM SIMPLEZ E LEVEZ
CONFERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, TECNOLÓGICA E DE TRATAMENTO REALIZADA COM SIMPLEZ E LEVEZ

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES · DAMS

- 1 CARTERA DE IDENTIDAD CON EL SISTEMA DE VALORES
1 DOCUMENTO DE IDENTIDAD CON EL SISTEMA DE VALORES
1 CARTERA DE IDENTIDAD CON EL SISTEMA DE VALORES
1 CARTERA DE IDENTIDAD CON EL SISTEMA DE VALORES
1 CARTERA DE IDENTIDAD CON EL SISTEMA DE VALORES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE OBENEFÍCIO <ul style="list-style-type: none"> MORTE R\$ 12.800,00 INVALIDEZ PERMANENTE: R\$ 12.800,00 + 1% VALOR DAS LÉGEMES E SE ACORDAR COM TABUADA DE VALORES MENS OBRIGAÇÕES LEGAIS (IMPOSTOS) RELEVO: 5% ATÉ R\$ 12.800,00 VAIÁ E ACIMA DO TETO DE IMPRECOBRAVEL, PAGAR | A CONFORME A COO/DAB-2
A NALÉGIA MENSAL.
SÊNEGLOR ESTE VALOR |
| O PRAZO PARA INCASAMENTO DA INSCRIÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS DA DATA DA NOTIFICAÇÃO | A DATA DE INSCRIÇÃO |
| COM BASE NA INSCRIÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADAS AS VERSATILIDADES INDICADAS NESTE DOCUMENTO | REFERENTES AO COO CG |
| PARA ACONTECER HÁ O PEDIDO DE OBENEFÍCIO, A VITIMAS MANDARÁM A GUARDA MUNICIPAL DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (032) 1204 | TO COM RR. DE TRIBUNAL |

PORTAÇÕES DA EQUIPAMENTAÇÃO INFRAESTRUTURA

REF ID: A11111111

Somull S.A.
zuludo



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Samuel Silva de Azevedo

nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil: Solteiro

Profissão: Mecânico de Pedreiro

Identidade: 4.220.416 SSD 3/0 CPF: 124-627-454-08

Endereço: alto de seminário 2. traveza sala 505, 58340-000
CEP: 58.280.000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

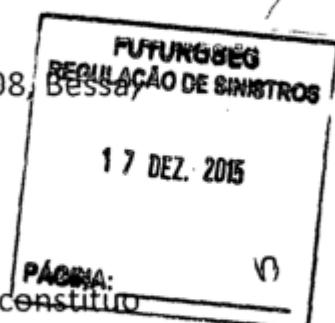
Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado

Profissão: Administrador

Identidade: 19.294.39 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208,

João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa 20 de NOVEMBRO de 2015.

x Samuel de Araújo

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS

Rua R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape, 47 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SAMUEL SILVA DE AZEVEDO
Dou fé. Mamanguape/PB - 20/11/2015
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital:ACK08514-S205
Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

