



12/02/2021

Número: **0801252-20.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39408326	12/02/2021 09:57	2783773_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thyago Cláudio Leit Gomes

RG nº 2.897.048, data de expedição 21/07/2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 057.614.794-00, 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>Rua Caramel Jão Gomes</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>1º Andar</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pombal</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58240-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9960-7071</u>
E-mail	<u>XTHYAGO CARPEIROX@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pombal, 09 de Maio de 2018.

Assinatura do Declarante:



**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 AGO 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 013.867.566



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 08.065.183 / 8001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO SIN 1 AND.
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

11/10/2018

CONSUMO

235

VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 225,54

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Roteiro: 06-227-060-6100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/10/2018

VENCIMENTO

19/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 225,54

MATRÍCULA

1106327-2018- 10-7

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 AGO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:57:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209575300600000037560050>

Número do documento: 21021209575300600000037560050

Num. 39408326 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29836>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 Thiago G. Leite Carneiro inscrito (a) no CPF 057.614.794 / 00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Alencar da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086.606.224 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
_____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua General João Carneiro</u>		Número	<u>51P</u>	Complemento	<u>1º Andar</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Pombal</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>XTHIAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
			<u>3431-2723</u>		<u>(83) 9960-7073</u>	

Pombal 17 de Outubro de 2018
Local e Data

Thiago Gleydson L. Carneiro
Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 AGO 2019





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

NOME: Franciêdipe Alves das Santos

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1987 IDADE: 29 SEXO: M

NOME DA MÃE: _____ PROFISSÃO: Agricultor

CARTÃO DO SUS: 705 9054 7741 9877 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Montezópolis ENDEREÇO: R. Prestada

ESTADO: PA CEP: 58.835-00 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 17/11/16

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

paciente vítima de lesão de
projeção da fratura e
do corpo) e múltiplas fraturas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

1° Sat. 500 mmHg
2° 7.000 leucócitos
3° 02:00
4° 02:30
5° 02:30
6° 02:30
7° 02:30
8° 02:30
9° 02:30
10° 02:30
11° 02:30
12° 02:30
13° 02:30
14° 02:30
15° 02:30
16° 02:30
17° 02:30
18° 02:30
19° 02:30
20° 02:30

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 AGO 2018



29 anos

MAT.: 124.903

Nome: Franciédipo Alves dos Santos Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 24/10/87 Est. Civil: 1 Esp.: Jonas Burlosio Alves
Rua: Propriedade Cidade: Barro Est.: PB
Médico Assistente: Clínica: Ortopedia
Data da Internação: 21/11/2016 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 AGO 2018



Francisco A. dos Santos

Nome do Paciente

Nº Prontuário

124.903

Data Operação 22/11/16

Ent.

Leito

Operador

Francisco A. dos Santos

1.º Auxiliar

Francisco A. dos Santos

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Francisco A. dos Santos

Anestesiologista

Francisco A. dos Santos

Tipo de Anestesia

Periosteal

Diagnóstico Pré-Operatório

fratura do osso da perna

Tipo de Operação

Red. Amplexo de fratura do osso da perna

Diagnóstico Pós-Operatório

O osso

Relatório Imediato do Patologista

sem lesões

Exame Radiológico no Ato

Sim

Acidente Durante a Operação

sem lesões

DOCUMENTO ORIGINAL

25/11/16

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- 1) Paciente em decúbito dorsal na sala de cirurgia
- 2) Anestesia e anti-hipertensão
- 3) Exame radiológico pré-operatório e posicionamento do NFE
- 4) Lavagem prévia e anti-hipertensão
- 5) Posicionamento do osso da perna
- 6) Incisão lateral tipo Z-plast da perna, com drenagem e fechamento de fratura de placa
- 7) Redução anatómica com fixação com os pontos de tração e 01 (uma) placa tubo tubular inferior + 05 parafusos
- 8) Iluminadores na região anterior-medial da perna, com redução e fixação de fratura de tíbia em placa, com 01 placa e 05 parafusos + 05 parafusos corticais
- 9) Controle radiológico satisfatório
- 10) Fechamento por planos com absorção 3.0
- 11) Curativos adequados
- 12) Retirada de pontos com boa drenagem

Francisco A. dos Santos





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PREScrição Médica

Nome: Francisco Alves

Moder: _____

Cor: _____

Enfermarias: _____

OR: _____

Leitor: 02

Categoria: _____

Forma 3

DATA

PREScrição Médica

HORÁRIO

RELATÓRIO

24/02/2021

-C

1) Doença aguda

2) Doença - 1.ª consulta - 10.04.2021

3) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

4) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

5) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

6) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

7) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

8) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

9) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

10) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

11) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

12) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

13) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

14) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

15) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

16) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

17) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

18) Exame físico - 10.04.2021 - 11.04.2021

25 AGO 2020

DOCUMENTO ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:57:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209575300600000037560050>

Número do documento: 21021209575300600000037560050

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

R. Francisco

Peterson Trabalho 2018

Chirurgia: Refração de
lentes de quadra de
farol dos anos de para
e foras de

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19952
TEOT 14246

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Sousa

Atesto para os devidos fins que Francisco da

da Sousa

30 dias

necessita de

de afastamento do trabalho, ou atividades escolares, a partir

de 1 por motivo de doença.

CID Nº S52.2

Unidade de Saúde

Local e Data

Médico - CRM - Carimbo

Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19952
TEOT 14246

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
Fones: 3522.2774 / 3522.2776 - Sousa - PB.

Ass: Suelio Moreira Torres

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Dr. Francisco Alves

① Proteção Seleto

30/11/2018

Hg: Fraldas dos dias
do per ⑤

Devoção para 1/3

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Isabela Fernandes
CRM 7834
TEOT 14249

25 AGO 2018

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DA PARAIBA

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Dr. Francisco Alves dos Santos

Seleto

① Proteção Seleto de
para e fortalecimento
da pele e cost

30/11/2018

Hg: Fraldas dos dias
para ⑤

Dr. Isabela Fernandes
CRM 7834
TEOT 14249

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DA PARAIBA

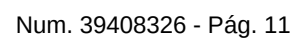


**DOCUMENTO
ORIGINAL**





25 AGO 2070





PB Nº 5930434154		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
LUIZ RAIMUNDO DE OLIVEIRA		SITIO PAI JOAO SN CASA	
Z RURAL		58835000 LAGOA-PB	
02531057498		JJS1295 /PB	
BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO			
PB Nº 5930434154		2008 10/07/2008	
LUIZ RAIMUNDO DE OLIVEIRA		SITIO PAI JOAO SN CASA	
Z RURAL		58835000 LAGOA-PB	
02531057498		JJS1295 PB	
829855980		GAS HONDA/CG 150 TITAN KS	
2004		9C2KC08104R067896	
SEGURO		P A G O	

31054-1016530-20080710

25 AGO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 5930434154	
LUIZ RAIMUNDO DE OLIVEIRA		SITIO PAI JOAO SN CASA	
Z RURAL		58835000 LAGOA-PB	
02531057498		JJS1295/PB	
JJS1295 DF 9C2KC08104R067896		GASOLINA	
HONDA/CG 150 TITAN KS		2004 2004	
2 R/149 /CI		PARTIQ VERDE	
IPVA PAGO EM 29/05/2008		1 2 3	
SEGURO		P A G O 29/05/2008	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		10/07/2008	

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Franciédipo Alves da Silva

brasileiro, casado, agricultor, portador da cédula de identidade sob nº 34.740.567-9, CPF nº 086.636.224-20, residente Rua Princesa Isabel, nº 1, Pombal, Paraíba, Estado da Paraíba.

Outorgado: **FRANCISCO THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 16.314, Seccional da Paraíba, subseção Pombal, com endereço profissional na Rua Cel. João Carneiro, nº 1 andar, CEP: 58.900.000, Centro da Cidade de Pombal, Estado da Paraíba.

Com poderes: Para o foro especial, com a cláusula adidicial "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, poderes para ajuizar ações competentes, inclusive **COMO A SEGURADORA LIDER**, até decisão final, dando dos recursos legais e acompanhando conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais com fim ESPECÍFICO PARA DAR ENTRADA E RECEBER SEGURO DPVAT, JUNTO A SEGURADORA LIDER**, enfim tudo mais praticar para o fiel e bom desempenho deste mandato, inclusive para representá-lo nas esferas **ADMINISTRATIVA E JUDICIAL**.

POMBAL - Paraíba de Maringá, em 17 / 10 / 2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

25 AGO 2018



X Franciédipo AM 07/10/2018

Outorgante

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

conheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS**, COOPERADO, DOU FE. **PARA-Parabíba**, 17/10/2018.

FRANCISCO THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
Seu Ofício de Registro nº 100 Nº 086.636.224-20
Confira os dados do ato em <http://miedigital.tpb.jus.br>
EMOLIM R\$ 11,38 FIANÇAS R\$ 0,28 FÉRIAS R\$ 0,00

Genival Severo de Queiroga
Escrivente
CPF: 026.972.974-72



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390582/18

Vítima: FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS

CPF: 086.686.224-20

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 17/11/2016

Titular do CPF: FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS : 086.686.224-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/10/2018
Nome: THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180504081**

Vítima: **FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **17/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504081**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13517685

Pag. 01183/01184 - carta_01 - INVALIDEZ

00020592



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180504081
Vítima: FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS
Data do Acidente: 17/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: THYAGO GLAYDSOY LEITE CARNEIRO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504081**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01603/01604 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13520208





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180504081

Vítima: FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCIEDIPO ALVES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

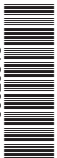
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01085/01086 - carta_16 - INVALIDEZ

00020543



Carta nº 1421093





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 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FRANCIELIN RUIZ DOS SANTOS	056.066.224-20	AGRO CULTOR
Endereço	Número	Complemento
RUA PROJETADA	514	-
Bairro	Cidade	Estado
CASAS POPULARES	LAGOA	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
XTHYAGO CARNEIRO X@HOTMAIL.COM	58635-000	(83) 99660-7073

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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	DV	CONTA	DV
0732		00031865	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NRO		
AGÊNCIA	DV	CONTA	DV
(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 Lider 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.

LAGOA, 17 de Outubro de 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

X. Francielin Ruiz dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPFF-001 V001/2017

25 AGO 2018





DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
19ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
1ª DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 814/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: 17/11/2016

Hora: Por volta da meia noite

Data e hora de Comunicação na Delegacia: 09/10/2018, às 10h44min

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Clenaldo Queiroz de Medeiros

Notificante/Representante: **FRANCIÉDIPO ALVES DOS SANTOS**, Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Lagoa - PB, nascido em 21/10/1987, RG 54.340.561-8 SSP-SP, CPF: 088.686.224-20, filho de Cícero Alves dos Santos e de Francisca Custódio dos Santos, Residente na Rua Caetano Tavares, nº 56, Bairro Centro, Lagoa/PB, referência: Próximo à Igreja Evangélica Assembleia de Deus, Fone (83) 99927-7849.

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

Vítima/Representada: O comunicante.

HISTÓRICO DO FATO

25 AGO 2018

O(a) notificante, depois de cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que estava conduzindo a motocicleta Honda CG Titan, 150, de placa JJS-1295/PB, da cor verde, chassi de nº 9C2KC08104R067896, licenciada em nome de Luiz Raimundo de Oliveira, numa estrada da cidade de Lagoa-PB, próximo ao Posto de Vamar, em frente ao Ginásio de Esportes, quando de repente surgiu um cachorro em sua frente, e devido a isto veio a perder o controle e caiu ao solo; Que foi socorrido por populares de alcunha "Adevan" e "Zé Gambá"; Que uma ambulância da cidade de Lagoa-PB fez o seu transporte para o Hospital Regional de Pombal, permanecendo internado lá aproximadamente 04 dias; Que no dia 21/11/2016 foi transferido para o Hospital Regional da cidade de Sousa-PB, ficando lá aproximadamente 05 dias; Que devido o acidente teve a fíbula da perna esquerda fraturada; Que devido ao lapso temporal, não manteve mais contato com a pessoa de Luiz Raimundo de Oliveira.



proprietário da motocicleta que o comunicante estava conduzindo: Que são testemunhas dessa fato as pessoas de Antônio Alvis Henrique (RG 1.270.725 SSP-PB), residente na Travessa Manoel Joaquim, s/n, Cento, Lagoa-PB, bem como Eudes Gilmar Alves de Lima (RG 1.145.030 SSP-PB), residente na Rua Benigno Inácio Cardoso, 50, Centro, Pombal-PB. Que compareceu a esta delegacia para registrar o fato para fins de direito e nada mais disse.

Pombal-PB, 09 de outubro de 2018

Autoridade Policial: Bel. Clenaldo Queiroz de Medeiros

Comunicante: Eunice da Silva

Testemunha: ANTÔNIO ALVIS HENRIQUE

Testemunha: Eudes Gilmar Alves de Lima


Bel. Clenaldo Queiroz de Medeiros
Delegacia de Polícia
Mat: 155579-4

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 AGO 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva 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 interdita 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: FRANCISCO ALVES DOS SANTOS CPF da Vítima: 086.686.224-20 Data do Acidente: 13/11/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ 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 51º 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.

Lagoa, 13 de Outubro de 2018
Local e Data

Francisco Alves dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DOCUMENTO ORIGINAL
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017

25 AGO 2019



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

NOME: Franciédipe Alves das Santos

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1987 IDADE: 29 SEXO: M

NOME DA MÃE: _____ PROFISSÃO: Agricultor

CARTÃO DO SUS: 705 9054 7741 9877 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Monte das Gameleiras ENDEREÇO: R. Prestada

ESTADO: PA CEP: 58.835-00 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 17/11/16

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

paciente vítima de agressão física e psicológica da família e sofreu lesão no corpo e múltiplas fraturas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

1° Sat. 500 mmHg
2° 7.000 leucócitos
3° 02:00
4° 02:30
5° 02:30
6° 02:30
7° 02:30
8° 02:30
9° 02:30
10° 02:30
11° 02:30
12° 02:30
13° 02:30
14° 02:30
15° 02:30
16° 02:30
17° 02:30
18° 02:30
19° 02:30
20° 02:30

DOCUMENTO ORIGINAL

25 AGO 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Franciscilipe Alves da Silva

RG nº 34.340.561-8, data de expedição 05/05/2010, Órgão SSP

CPF nº 086.686.224-20, 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>Rua Projatada</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Cam. Populares</u>
Cidade	<u>Lagoa</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>33835-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99660-7071</u>
E-mail	<u>XTHYAGO CARPEIX X @HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lagoa, 17 de Outubro de 2010.

Assinatura do Declarante: x Franciscilipe Alves da Silva

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 AGO 2010

