



Número: **0834738-42.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/07/2016**

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
LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53315 578	17/01/2022 15:46	2851257_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2015

Carta nº: 7020154

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/05/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

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 Companhia Mutual de Seguro 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

Pag. 00443/00444 - carta_03

00080222



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2015

Carta nº: 7681172

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00333/00334 - carta_02



00120167



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2015

Carta nº: 7740295

A/C: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Sinistro: 3150465115
Vitima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data Acidente: 02/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002010-9

Conta: 0000047253-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01815/01816 - carta_15R



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02010-9

CONTA: 000000047253-0

Nr. Autenticação

BRADESCO0109201505000000000023702010000000047253168750 PAGO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150465115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa e parafusos, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2015.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/08/2015

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 punhos	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: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Lyndenilton Duarte dos Santos Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Osvaldo Cruz, 23
Vila Tibiri Santa Rita PB CEP: 58300-690
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3509497
Data local do exame: [28/08/2015] 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)
Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal. Ao exame físico apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.
- 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.
Quadro tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa e parafusos, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2015.
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo seqüela(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.
Periciando sequelado de fratura do rádio Distal esquerdo, apresenta edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.
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" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 (Seqüela):
Punho - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):
% 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.

Assinatura d(a) 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 DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3150/465115 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, Yndemilten Duarte dos Santos Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3509 497 EXPEDIDO POR SSP PB EM 05/12/2006
CPF 097068994-07 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO op. maquina
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Yndemilten Duarte dos Santos Silva 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.

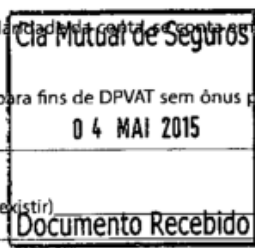
- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
 - Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
 - Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
 - Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
 - 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;
 - Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta e/ou salário e/ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br



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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0047253-0

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.

João Pessoa, 13 de novembro de 2015 * [Assinatura]
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.





Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE

EXTRATO CONTA

TERM. 009986

LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SI
AGENCIA 2010 CONTA 0047253-0

09:23 HRS
25/MAR/2015

POUPANÇA

NTCONTUFI

ag. 2010-9

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA DISTRITAL,

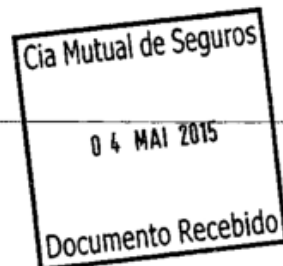


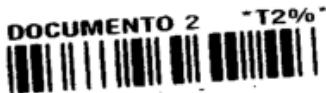
CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 579/2015, na mesma continha o seguinte teor: **Aos vinte e três dias do mês de março do ano** de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Maria Solidade de Sousa**, às 10:30 horas, compareceu o Sr. **Lyndenilton Duarte dos Santos Silva**, brasileira, solteiro, Operador de Máquinas, natural de João Pessoa/PB, portador da cédula de identidade nº 3 509 497 SEDS/PB, com 23 anos de idade, filho de Liberalino Araújo da Silva e de Vera Lúcia dos Santos da Silva, residente à (na) rua Osvaldo Cruz nº 28, Tibiri, nesta cidade, o qual notificou que, no início da noite do dia 02 de novembro do ano próximo passado, por volta das 18:00 horas aproximadamente, quando conduzia a moto Honda CG 125 / FAN de placa OFB 8903/PB na principal do alto da Boa Vista na cidade de Bayeux/PB, próximo ao bar do Vaqueiro, perdeu o controle logo após desviar um buraco na pista e assim, sofreu uma queda, conseqüentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em mangabeira na cidade de João Pessoa, com fratura de Rádio esquerdo, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Everaldo Martins da Costa
Santa Rita, 23 de março de 2015.

Lyndenilton Duarte dos Santos Silva





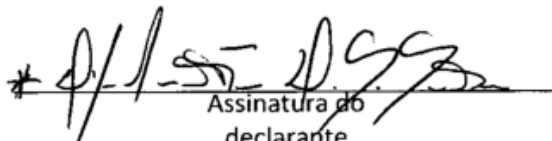
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

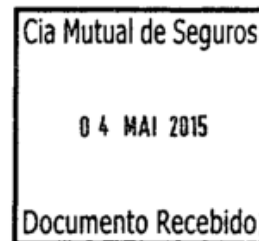
Eu, Lindenilton Duarte dos Santos Silva, portador da carteira de identidade nº 3509 497 e inscrito no CPF/MF sob o nº 091 168 994-07 residente e domiciliado na Rua Osvaldo Cruz, Bairro Lilim, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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.


Assinatura do
declarante
conforme documento de
identificação



Santa Rita, 13 de novembro de 2014
Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150465115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 02/11/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM PUNHO E

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



SITUA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
UNO HOSPITALAR MANGUEIRA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE/S/N

Ficha Nr: 706014 Ato: nao regulado
Data: 02/11/2014
Hora: 21.12.21
Recepcionista: MARIANA DOS SANTOS A.L.
Clinica: TRAUMATOLOGICA

16-054 JOAO PESSOA Fone: (60) 3214-1380
AX. (60) 3214-1331 CNPJ. 10.202.424/0001 20

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2614.11.000201

Nome: LYNNELTON DUARTE DOS SANTOS

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3509497 Fone: 88232330

Natural: JOAO PESSOA/ PB Data Nasc.: 03/05/1991 Id. 23 ano(s)

End.: RUA OSVALDO CRUZ, 23

Bairro: TIZIRI FABRICA Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mãe: LYSERALINO ARAUJO DA SILVA

Mãe: VERALUCIA DOS SANTOS DA SILVA

Ocupação: AUTONOMO

IMPONIBILIDADES DE ENTADA

End. P.: LYNNELTON DUARTE DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 88232330 / IDENTIDADE: 3509497

Incidencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

DOCUMENTO 3 "T3%"



ATO DECLARATORIO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUESA DE MOTO ABATE; 50 KM POR. NO SERVICARIO BRISA M

Vitima de violencia por: AR BRANCO MEDIC INCOMPLETO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICAO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Fuso: Altura:
Glicemia: IMC:
P. Arterial: Q24:

Aparentemente Bem Grave
 Politemperado Conuicao
 Neurologia Dispnicoa
 Diarreia Agitaco
 Regular Chocaco
 Vomito
Observaco

Queixa Principal

QUESA DE MOTO. TRAIUMA NO CABE.

NECA GELMARIO E VOMITO.

HISTORIA - Exame Físico - (hora de atendimento medico)

SA + edema + 1 epsh pulso (E)

Diagnostico

lc. VPTO (Ch) | Conduta

Dr. N: Ja Radio (E)

Prescricoes

Horario de medicacao

SA
TALARAASO - PAINAN.

Indico TPO em inicio

Cia Mutual de Seguros

04 MAI 2015

Documento Recebido

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lyndemilton Duarte dos Santos Silva,

RG nº 3509 497, data de expedição 05/12/2004 Órgão SSP PE

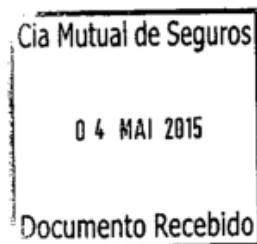
CPF nº 091 168 994-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Onivaldo Cruz</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Fubini</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58300 690</u>
Telefone	<u>(83) 3566 4012 / 3566 4013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pinheiro

Assinatura do Declarante: [Assinatura]



8838 2330

Vera mãe

8766 4575

Acidentado

JOSE SOARES DOS SANTOS
RUA OSVALDO CRUZ, 78 - FEPI
SANTA RITA / PB CEP: 5830090 (AO. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - B - 185 - 1180
Nº medidor: 00001060870

Referência: Out / 2014
Emissão: 08/10/2014

ENERGISA - LULA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km-25 - Cruzes/Ribeirão - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 08 005 180/0001-40 Insc. Est. 18.016.923/0

Nº de Fator/Conta de Energia Elétrica: 0000 228 237
Código para DÍvida Automática: 00001803798

ICDE 1b2b c4b5 w0b 9b5b 453c 431b 475e

Código de Consumo: 5/120378-5

Out / 2014

08/10/2014

07/11/2014

1856295472

CONTAS DE SERVIÇOS
10/08/2014 55,18

Data	Leitura	Data	Leitura			
09/09/14	9721	08/10/14	9754	1	133	79

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	133	0,38787	48,92

IMPOSTOS E ENCARGOS
 PIS 1,29
 COFINS 1,89
 CONTRIB. SERVILUM PÚBLICA 18,55
 ICMS (Base de Cálculo R\$ 89,10) Alíquota 27,00%

Cia Mutual de Seguros
 04 MAI 2015
 Documento Recebido

Sep/14	130
Ago/14	113
Jul/14	149
Jun/14	180
Mai/14	151
Abr/14	178
Mar/14	118
Fev/14	101
Jan/14	107
Dez/13	88
Nov/13	90
Out/13	82

Média dos últimos meses
118 kWh

VENCIMENTO 15/10/2014 **TOTAL A PAGAR R\$ 71,08**

8/2014 - São R\$

DC MENSAL	8,30	0,00
DC TRIMESTRAL	12,54	
DC ANUAL	25,08	
FC MENSAL	3,70	0,00
FC TRIMESTRAL	7,41	
FC ANUAL	14,35	
DNIC	3,11	
DCR	12,22	0,00

NONDUAL 220
 CONTRATADA
 LIMITE INFERIOR 201
 LIMITE SUPERIOR 271

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	19,94	28,05
Compra de Energia	23,04	32,41
Serviço de Transmissão	1,89	2,66
Encargos Setoriais	2,78	3,91
Impostos Devidos e Encargos	22,14	31,15
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	71,08	100,00

Valor de recarga do Uso de Sistema de Distribuição (Ref 8/2014) R\$ 21,40

REVISÃO DE VENCIMENTO. Caso a(s) fatura(s) de consumo não seja(m) paga(m) em tempo hábil, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/10/2014. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de demora, suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou os custos pagos não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.



DOCUMENTO 4 "T4%"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VERALUCIA DOS SANTOS SILVA,
RG nº 1.198.006/2ª data de expedição 27/04/12
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 603.577.11991, com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Devolto Cruz Tibiri Fabrica, nº 28,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS, cujo o condutor era
SILVA. O MESMO

Veículo: Moto
Modelo: HONDA 166 125 FAN 6SD
Ano: 2013 / 2014
Placa: OFB 8903-PB
Chassi: 9E2JCA160ER014130
Data do Acidente: 02-11-2014
Local e Data: _____



x Veralucia dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

x

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

Cia Mutual de Seguros
10 AEP 7015
Documento Recebido

CARTÓRIO CLAUDINO GOMES 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Getúlio Vargas, 02 - Centro - Sta Rita - PB
3 Gestor de Notas
TABELA
Raqueline Barros S. Claudino Gomes





CERTIDÃO

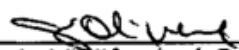
Nº. 0538/2015

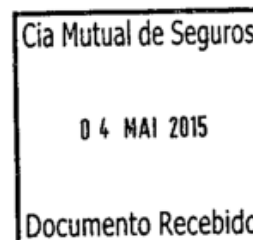
Atendendo solicitação de **ANDERSON LOPES DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 706014 e Prontuário Médico nº 2014.11.000201, pertencentes à **LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 02/11/2014 às 21h13min, vítima de queda de moto, apresentando dor e edema em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico 22/11/2014. Alta dia 23/11/2014.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de Março de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DATA e HORA, (RESOLUÇÃO) Assinatura e Carimbo,

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Nome Medicamentos | Nome Horário | Evoluções

Reservado p/ liberação

Assinatura de Enfermeira

Cia Mutual de Seguros
04 MAI 2015
Documento Recebido

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESPEDIDO DO PACIENTE

Residência () Transferido () Assistência () UFI
Alta a pedido () Enfermaria () Outros () Aceitado () S/O () B/O

hamer. fermari

Rua
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Scanned by CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luiz Otávio Duarte</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. Fede</u>	1º Assistente: <u>R. Teixeira</u>		2º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>R. Du</u>	Tipo Anestesia: <u>B.P. Sup.</u>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>fat radio</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ou</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ex. Ure</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 () Não					
Biópsia de Congelação:				Documento Recebido	
1 () Sim 2 () Não				04 MAI 2015	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 54056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pe. sup. sup.

Incisão:

Inc. post. lat.

Achados:

fer. sup.
Pe. mediu.

Conduta:

Pe. sup.
fer. sup. 3,5 + fer. sup.
Set plus

Fechamento:

Deidion

OBS:

Cia Mutual de Seguros

04 MAI 2015

Documento Recebido

Data

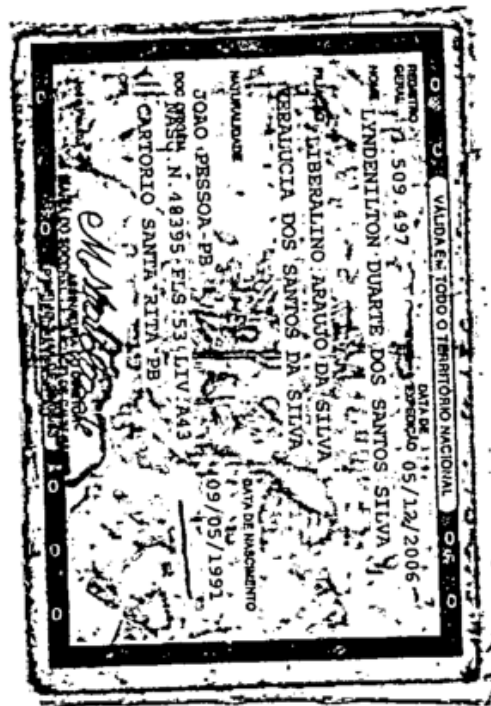
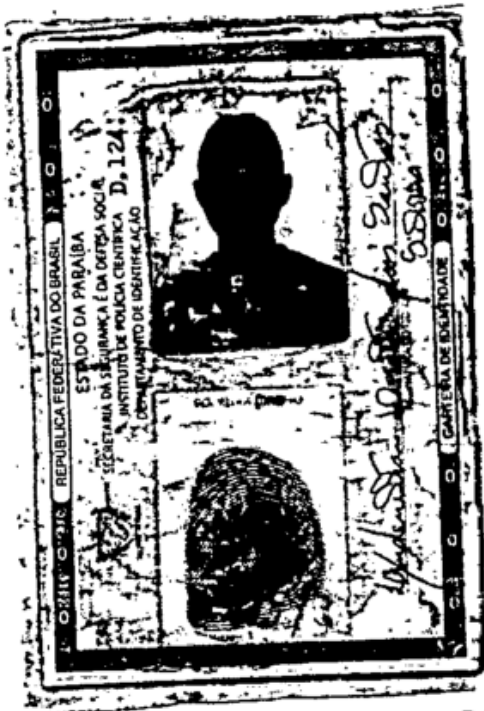
20, 11, 14

Dr. F. G. ...
MÉDICO/GRM

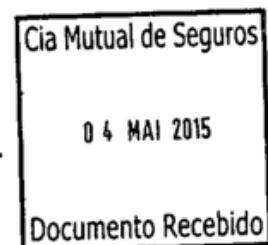
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58...

Scanned by CamScanner





DOCUMENTO 6 "T6%"



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010334328664
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVIT: 20140000100567-4 EXERCÍCIO: 2014
 0099862891-3 00/00000000

NOME: VERALUCIA DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 60357711491 PLACA: OEB8903/PB

PLACA ANT./UF: NOVO/PB CHASSI: 9C2JG4160ER017130

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN ESD ANO FAB: 2013 ANO MO: 2014

CAP/POT/CL: 12/P/124/CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1 PVA PAGO EM: 27/03/2014 VENC. COTA ÚNICA: 19 VENC. COTAS: 2

FAIXA PVA: 0 PARCELAMENTO/COTAS: 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 27/03/2014

SEGURO PLACAO

OBSERVAÇÕES: A F BANCO HONDA S/A

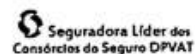
SANTA-RETA - PB LOCAL: 40601 DATA: 28/03/2014

DOCUMENTO 7 "T7%"


Cia Mutual de Seguros
 04 MAI 2015
 Documento Recebido



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150465115

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
SILVA
CPF: 091.168.994-07
Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Data do Acidente: 02/11/2014
Titular do CPF: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
CPF de: Próprio

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Outros	Dispensado		

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.

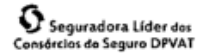
Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 10/08/2015 Nome: Lyndenilton CPF:	Data: 10/08/2015 11:54 Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA CPF: 153.167.138-18
Lyndenilton	CIBELE MEDEIROS DA SILVA

10/08/2015 11:55



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150465115

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS
SILVA
CPF: 091.168.994-07 CPF de: Próprio Titular do CPF: LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA
Data do Acidente: 02/11/2014
Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Dispensado		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Pendente		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - LYNDENILTON DUARTE DOS SANTOS SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

Data: 26/05/2015
Nome: Lyndenilton
CPF:

Lyndenilton

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/05/2015 16:57
Nome: CIBELE MEDEIROS DA SILVA
CPF: 153.167.138-18

CIBELE MEDEIROS DA SILVA

26/05/2015 16:57

