

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3170615330

Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170615330**.

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 11999202



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Sinistro: 3170615330

Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170615330** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12106233

A/C: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Nº Sinistro: 3170615330
Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
Data do Acidente: 01/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000047337-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3170615330 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **AV REDENCAO n° 1220 - ILHA DO BISPO - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1734618 - SSP**
Data local do exame: **06/12/2017 JOAO 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 DE RÁDIO DISTAL DIREITO
FRATURA DE 5° QUIRODÁCTILO 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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO INCRUENTA E PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO -FRATURA DE 5° QUIRODÁCTILO ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA E QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DA FALANGE MÉDIA .

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

☒ 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.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO PUNHO DIREITO E DO 5° DEDO DA MÃO ESQUERDA

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(Sequela)

PUNHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

5° QUIRODÁCTILO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 06/12/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB


João Fernandes de Souza
CRM - PB 2732



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, em todas as assinaturas, 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, não bloqueada 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

965.725.074-91

Nome completo da vítima

Luiz Carlos R. Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Luiz Carlos Rodrigues Pereira	965.725.074-91	Pintor
Nome	Número	Complemento
João Raimundo	1220	
Endereço	Estado	CEP
Alto do Busto - São Paulo	SP	58000-000
Cidade	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ NÃO 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ AGÊNCIA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0037

(Informar dígito se existir)

CONTA

00047337

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA

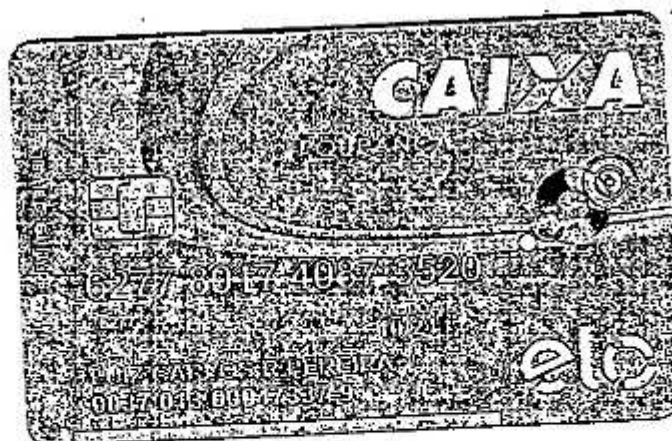
Nº

(Informar dígito se existir)

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

Luiz Carlos Rodrigues Pereira de 2017
 Local e Data
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





COMPANHIA CAIXA DE CREDITO
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
14 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01671.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01671.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:32 horas do dia 14 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Luiz Carlos Rodrigues Pereira, CNH nº 03360210151, CPF nº 965.725.074-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Severina Felix Pereira e Severino Rodrigues da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 03/05/1960 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Redenção, Nº 1220, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Ponto Final do Ônibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99988-5512.

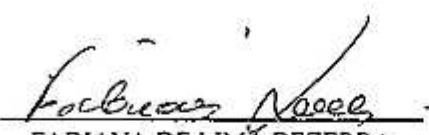
Dados do(s) Fatos:

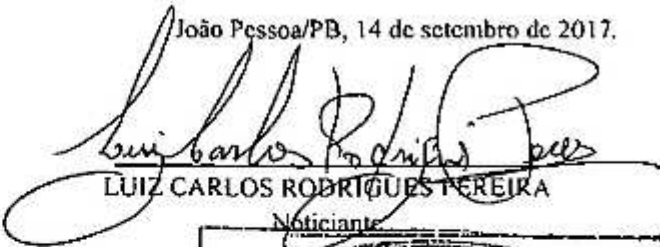
Local: Av. João Machado, Esquina do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/05/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

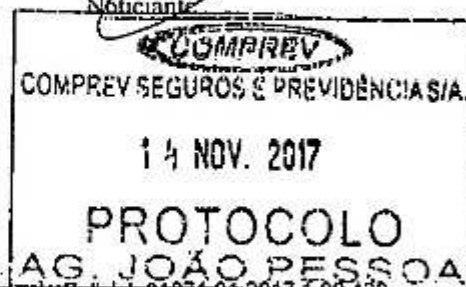
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/YBR 125K, COR VERMELHA, ANO 2002/2002, PLACA MNW4478/PB, CHASSI 9C6KE013020029258, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, onde na garupa estava seu filho LUAN RODRIGUES FONTES, pela Av. João Machado, quando passava pela esquina do Fórum Criminal repentinamente um cachorro passou correndo à sua frente, onde o noticiante chegou a frear, porém não conseguiu evitar o acidente vindo a atropelar o animal, cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1184/2017, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 23.08.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira para onde foi socorrido em veículo particular por um conhecido que passava pelo local; Que seu filho teve escoriações leves não precisando de atendimento médico; Que não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 14 de setembro de 2017.

LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 01671.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Luiz Carlos Rodrigues Pereira, portador da carteira de identidade nº 1734018 e inscrito no CPF sob o nº 965.725.074-91 residente e domiciliado na Rua Redempção, 1220 - Ilha do Burro, Cidade João Pessoa

Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Luiz Carlos Rodrigues Pereira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 16 maio 2017
Local e data

AC. JOÃO PESSOA	COMPREV
	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO	14 NOV. 2017

Ato Declaratório



CERTIDÃO

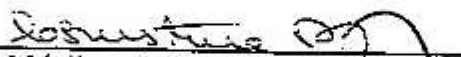
Nº. 1184/2017

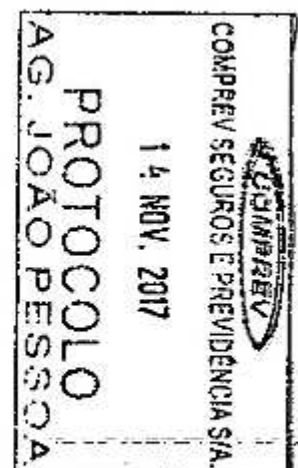
Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 26225 e Prontuário Nº 2017.05.00126 pertencentes a **LUIZ CARLOS RODRIGUES DE PEREIRA** que foi atendido dia 01/05/2017 às 14h14min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito, mão esquerda e joelho esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito + fratura do 5º quirodáctilo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/05/2017 com alta médica dia 10/05/2017.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de agosto de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Comprovante de residencia



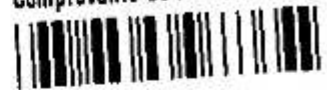
vivo



CTC MACFIS DE JUA S. A.
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JOAO MACHADO, 386
SL D1
58013-520 JOAO PESSOA - PB

01:012





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Carlos Rodrigues Pereira

RG nº 1734618, data de expedição 20/02/2014

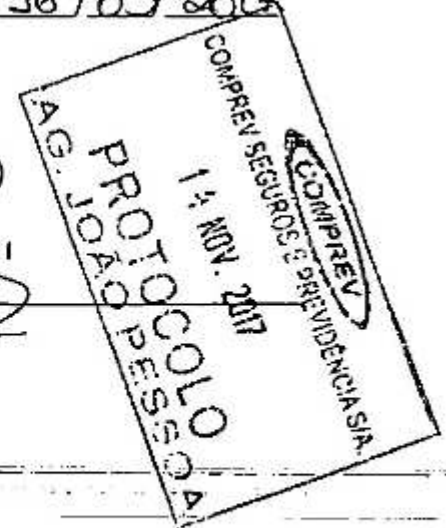
Órgão SSP-PB, CPF nº 965.725.074-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Redenção</u>
Número	<u>1220</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Ilha do Burro</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>83- 99342-1170/35.12-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 18/05/2013

Luiz Carlos Rodrigues Pereira
Assinatura do Declarante



LUIS CARLOS RODRIGUES PEREIRA
AV. PESSOA, 1120 - JUA DO ESPR
JOAO PESSOA / PB CEP: 53000-000 (AB)

Class/Subcl: RESIDENCIAL/ SAIA RENDA MONOFASICO B726, Km 25 - Gram Retencao - Joao Pessoa / PB - CEP 56071-680
Rotat: 4 - 1 - 302 - 7180
Nº medidor: 0000005194
Referencia: Mai / 2017
Emissao: 08/05/2017

Energisa
ENERGISA PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

GRUPO PARANA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.180/0001-40 Ins. Est. 19.018.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº000291/203
Código para Débito Automático: 0000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800.083.0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/322855-8**

Mai / 2017 Canal de contato

Apresentação
08/05/2017
Data prevista da próxima fatura: 07/06/2017

Descrição de Ocorrência Atual de Débito:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de Junho de 2009, informamos a validade dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica de uma unidade consumidora vencidos no mês de 2017 e nos meses anteriores. Esta descrição substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as que constam nos faturamentos relativos a este débito de maio e aos meses anteriores.

CPF/ CNPJ/ RAR	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
22572501431	12293	12293		04	33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 200 kWh - BR	50	1.129,43	4,08
Consumo - 21 a 100 kWh - BR	54	0,23323	12,59
Adc. B. Vermelha			1,25
SU-200			18,57
CVS			3,23
PS			0,57
COPAS			2,82

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
CONTRIB SERV. MUN. PÚBLICA	1,04
JUROS DE MOROSIDADE	0,07
MULTA 24/2017	0,21
Despesa Substituição	19,27

Histórico do Consumo (kWh)
Abr/17 48
Mai/17 49
Jun/17 52
Jul/17 54
Ago/17 43
Set/17 75
Out/17 53
Nov/17 51
Dez/17 51
Jan/18 45
Fev/18 55
Mar/18 32

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
16/05/2017	R\$ 36,80

8aae.7fdb.47cb.e83f.0840.f327.a205.f043

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
OTOMENSAL	4,85		
OTOTRIMESTRAL	9,81		
OTANUAL	18,82		
OTOTRIMESTRAL	3,22		
OTANUAL	8,47		
OTOTRIMESTRAL	12,65		
OTANUAL	2,77		
OTOTRIMESTRAL	12,22		

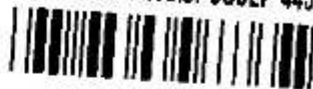
ATENÇÃO
Sua unidade foi faturada como Saia Renda, sendo um desconto de 20%.

Leitura confirmada

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
16/06/2017	R\$ 35,80

83660000000-1 35800149000-4 03228552017-0 05900010010-4

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
14 NOV. 2017
AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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.

Declaro, exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Carlos Rodrigues Pereira inscrito
no CPF sob o Nº 965.725.074-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima
Luiz Carlos Rodrigues Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 965.725.074-91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Não uso informar

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

Dr. João Machado Centro João Pessoa Cidade 399 Número PB Estado CEP Complemento
alexandracesarduarte@hotmail.com Telefone comercial(DDD) 83-3512-8500 Telefone celular(DDD) 83-99105-5363

João Pessoa 03 de Novembro de 2017
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 26 Documentacao medico - hospitalar
Data: 01/05/
Hora: 21:14:uo
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZE.
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
CNS: 709800083007092 Sexo: M IDENTIDADE: 1734618 Fone: 999885512
Natural: RECIFE/PE Data Nasc.: 03/05/1960 Id: 57 ano(s)
End.: AVENIDA REDENCAO, 1220
Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: SEVERINA FELIX PEREIRA
Pai: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA
Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: FINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR)
INFORMACOES DE ENTRADA
R.: ESPOSA/ TERESA CRISTINA
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.05.000126

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
[] Caso Policial



PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMQ:
C. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
- [] Politraumatizado [] Convulsao
- [] Hemorragia [] Dispneia
- [] Diarreia [] Agitado
- [] Regular [] Chocado
- [] Vomito
- Observacao

Queixa Principal
Acidente de moto, escoriações nos MMII e trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com dor, edema e escoriações em punho (D), mãos (E), joelho (E).

Diagnostico *Fratura distal* Conduta *- Limpeza e curativo*
- Imobilização

Prescricao *(D) + Fratura* Horario da medicacao *- Intermitente*
do 5º DP (E)

Dr. Everton Vasconcelos
Medico
CREMEPE 22251
CRM-PB 8618

Dr. ...

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ASSINATURA DO PACIENTE

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luiz Carlos R. Pereira Data da Admissão: 01/05/17
Prontuário: _____ Idade: 57 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Bairro: _____
Sexo: F () M (☒) Cor: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Doença e edema em punho D e
HDA: mão (E)

paciente com dor, edema, dor
midaxil e espasmos em mão (E)
punho (D) desde trauma por acidente
de moto

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Ausculta
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Irradia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em Decúbito Dorsal

raio Sol Anestesia

- Anestesia + Antibiótico
- Anestesia com o cirurgião

Incisão:

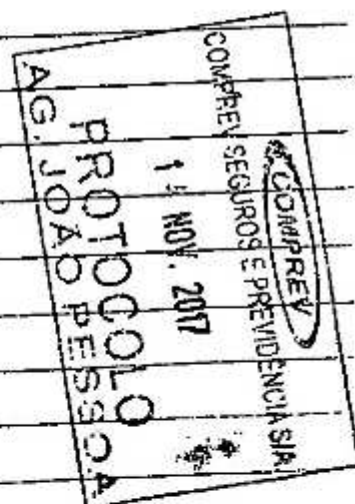
Achados:

Conduta:

- Redução imediata de fratura
- Fixação com 2 Fios K.C. 2.0 Solte anilha da escavina
- Diminuição da redução sobre a tala
- curativo
- Alergia crônica
- sem lesão

Fechamento:

OBS:



Data: 10/05/14

Dr. Encas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM/RN 8498

MÉDICO/CRM



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil.

Lei nº 8.906, de 24/07/1994;



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Inscrição nº
14438

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Residência
ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Habituação
RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
21/08/1982

Data do Compromisso na OAB
17/12/2008

Data de Cessão de Direi

30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2009

He Mo

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPANHIA CAIXA
SEGURIDADE PREVIDÊNCIA

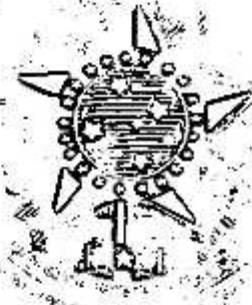
CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
046.502.754-74

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nascimento
21/08/1982



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA JUSTICA SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO	
Nome: LUIS CARLOS RODRIGUES PEREIRA	
CPF: 1734618	RG: 882
CEP: 965.725-074-91	Data Nascimento: 03/05/1960
Filiao: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA SEVERINA FELIX PEREIRA	
Estado: PARANÁ	Cidade: A
Endereço: 12-111	Data Emissão: 19/03/2004
<i>Luiz Carlos Rodrigues Pereira</i> Assinatura do Titular	
Nome: JOAO PESSOA, PA	
Data Emissão: 20/02/2014	CPF: 89899526415 FE028138589
<i>João Pessoa</i> Assinatura do Titular	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
14 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012506380770
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
VIA 1 COD. RENAVAM 0078783431-9 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

CPF CNPJ 96572507491 PLACA RENAVAM 9C6KE013020029258

PLACA ANT. DE NOVO PB 9C6KE013020029258
ESTADO TIPO PAS/MOTOCICLE/ GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR-125K ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2002

CIP. POT. CL. 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA LICEN. IPVA PAGO EM 01/04/2016 VENC. COTAS 1

FADIA IPVA. PARCELAMENTO: COTAS 0 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 01/04/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB 01/04/2016

33294 19151

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012506380770 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES DEBIDAS DE COBERTURA
www.dpvatoobrigatorio.com.br
OAC DPVAT 0269 022 1291

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 01/04/2016

CPF CNPJ 96572507491 PLACA RENAVAM 9C6KE013020029258

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR-125K

ANO FAB. 2002 CATEGORIA 9 Nº CHASSI 9C6KE013020029258

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PRÊMIO TOTAL (R\$) IGP (R\$) COTA LICEN. 0

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441149/17
Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
CPF: 965.725.074-91

Data do Acidente: 01/05/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA : 965.725.074-91

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2017
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE


NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170615330 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA **Data do acidente:** 01/05/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de punho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170615330 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA **Data do acidente:** 01/05/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO PUNHO DIREITO E DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO INCRUENTA E PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO. FRATURA DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO COM TALA E QUE EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DA FALANGE MÉDIA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



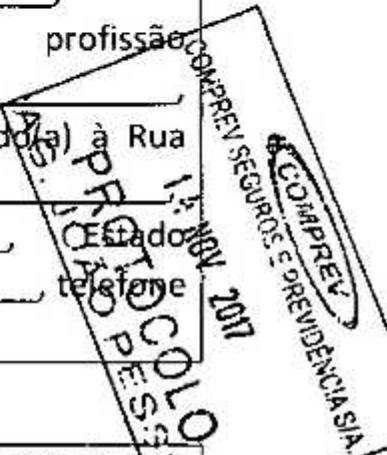
PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão _____
CI RG nº 1734615
CPF/MF nº 965 725 074 91, residente e domiciliado(a) à Rua
AV. REDECAO 1220 ILHA DO BISPO
Cidade de JOÃO PESSOA, Estado de PARAÍBA, CEP: 58011 400, telefone
99988-5512, 98635-2943



OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-72 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

JOÃO PESSOA, 16 de MAIO de 2017.



Luiz Carlos Rodrigues Pereira
OUTORGANTE

50170
Selo digital de autenticidade
LUIZ CARLOS RODRIGUES PEREIRA
CPF: 965.725.074-91
RG: 1734615
Assinado eletronicamente em 16/05/2017 13:22:22
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
F2017-014761 IDM: 186 Nº 23 FAPEN-RN 0,27 FEPJ-RN 1,00 SSES 0,46
SELO DIGITAL: AET30284-3862
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.juiz.br>