
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180125215

Vitima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180125215**.

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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Sinistro: 3180125215

Vítima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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 3180125215** 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, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180125215

Vitima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180125215**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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

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 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

049.078.594-81

Júlio Cesar Ribeiro da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Júlio Cesar Ribeiro da Silva	CPF titular da conta 049.078.594-81	Profissão Recebedor - 22
Endereço Rua José Ramalho	Número nº 185	Complemento
Bairro Recreio	Cidade Jardim Renasc	Estado PB
Email ccf.adm@gmail.com	CEP 58020-200	Telefone (DDD) 83-98849-5530

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

OPERACAO - 013

AGÊNCIA NRO. 0036	D/V	CONTA NRO. 0043541	D/V
-------------------------	-----	--------------------------	-----

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. 0043541	D/V	CONTA NRO. 2	D/V
----------------------------	-----	--------------------	-----

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
-------	------	------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
-----------------	-----	---------------	-----

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Júlio Cesar, 14 de Março

Local e Data

15 MAR. 2018
AG. JOÃO PESSO

PROTOCOLO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



18 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00457.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00457.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:14 horas do dia 08 de março de 2018, 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 **Lucio Cleber Ribeiro da Silva**, CPF nº 049.078.594-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Ana Lucia Ribeiro da Silva e Luiz Antonio Ribeiro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/12/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Ramalho, N° 185, bairro Roger, tendo como ponto de referência Ong Pequeno Davi, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-9966.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ayrton Senna, Perto do Posto de Policia, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/11/17 00:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

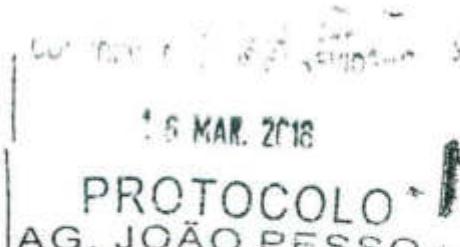
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG150 FAN ESDI, PRETA, 2011/2011, PLACA OEZ4258/PB, CHASSI 9C2KC1680BR547771, registrada em nome do noticiante quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 19.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido por seu primo em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Jucio Ulber Ribáiro da Silveira</i>	CPF da Vítima <i>049.078.594-81</i>	Data do Acidente <i>13/11/2017</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Jucio Ulber Ribáiro da Silveira</i>	CPF do Representante legal <i>049.078.594-81</i>
Email <i></i>	Telefone (DDD) <i></i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jucio Ulber Ribáiro da Silveira
Local e Data

AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
16 MAR. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

for Silveira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

http://172.16.0.10/orestes/protocois/protocois.php?.../.../...

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1041103



Identificação do paciente

ID 833241	Nome LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/12/1981	Idade 35 anos 10 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ANA LUCIA RIBEIRO DA SILVA				Pai LUIZ ANTONIO RIBEIRO DA SILVA
Escolaridade SUPERIOR COMPLETO				Responsável (Parentesco) KAYTSON SOARES DA SILVA - PRIMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988369426	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2649960	Nº Crs 700501180234154		
Local de procedência ROGER				Tipo BAIRRO
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58020200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro João Ramalho
Número 185	Complemento	Bairro Roger	

Admissão

Data e Hora 13/11/2017 01:36:54	Número da pulseira 1000006231858	Convênio SUS
------------------------------------	--	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
----	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

6 MAR 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSO

Imprimir

CID

Tempo
10seg

LUIZ ANTONIO RIBEIRO DA SILVA
RUA JOAO RAMALHO, 105 - ROGER
JOAO PESSOA / PB CEP: 58020-200 (AQUI)

Emissão: 13/11/2017 Referência: Nov/2017 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cortes/Subsídios: RESIDENCIAL/ MONOFASICO B-210, K=25 - Gato Redento - João Pessoa / PB - CEP 58014-080
CNPJ:09.005.183/0001-40 - Inf. Est: 16015-522-0
Razão: B-1-61-4280 N° medidor: 00300436748

Nota Fiscal / Comprovante de Energia Elétrica N.º 000427.006
Cód. para Dib. Automática: 00002159777

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	13/11/2017	13/12/2017	15096351491 Est. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/275977-7

Canal de contato

PREZADO CLIENTE:
O valor da cobrança do item "COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO" corresponde à cobrança de diferenças de faturamento em meses de Outubro de 2017, geracionada pela publicação da Resolução Normativa nº 2.281, com o disposto no Art. 113 da Res. Normativa nº 414/2010.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
11/10/17	13/11/17	51300	1	514
Demonstrativo				
CÓD. DESCRIÇÃO Quantidade Tarifa C. Valor Base C. Ajuste Com. (R\$) Base C. (R\$) Faz. (R\$) Cálculo (R\$)				
0501 Consumo em kWh	514.000 0,754540	387,83	387,83	27 104,71 387,83 5,15 23,74
0501 Adm B Vermelha		32,07	32,07	27 2,66 32,07 0,43 1,86
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0507 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	21,00	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00
0501 DOAÇÃO-HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 11/2017	1,00	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00
0556 COMPLEMENTO REAJUSTE TARIFÁRIO 10/2017	21,43	0,00	1	0,00 0,00 0,00 0,00

CÓD. Código de Classificação do item TOTAL 483,32 416,90 113,37 416,90 5,58 23,70

Média últimos meses (kWh) 402 VENCIMENTO 06/12/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 463,33

Histórico de Consumo (kWh)
378 | 374 | 393 | 465 | 438 | 432 | 354 | 413 | 370 | 412 | 421 | 379
Out/17 Set/17 Ago/17 JUN/17 JUN/17 Maio/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO
2458.a96a.2e0f.b6ab.6033.10bd.83ba.e27f.

Indicadores de Qualidade			E/2017 - Custo de Peça		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	0,01	0,00	Serviços de Cob. da Energia - PB	25,57	55,65
DIC TRIMESTRAL	10,15	NOMINAL	Comprende Energia	106,40	23,05
DIC ANUAL	30,30	220	Serviço de Transporte	14,67	3,17
FIC MENSAL	0,20	0,00	Encargos Sistêmicos	26,91	5,72
FIC TRIMESTRAL	8,60	LIMITE MÍNIMO: 100	Impostos Diretos e Encargos	125,95	35,75
FIC ANUAL	17,20	LIMITE SUPERIOR: 221	Outros Serviços	22,43	4,94
DIGR	12,12	0,00	Total	463,33	100,00

Valor: R\$ 463,33 (Ref. # 2017-11-00076)

ATENÇÃO

- Leitura confirmada
- Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3526-9777
- O cancelamento da cobrança só é possível se a emissão da fatura sem estas cobranças
poderem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora

Faturas em atraso

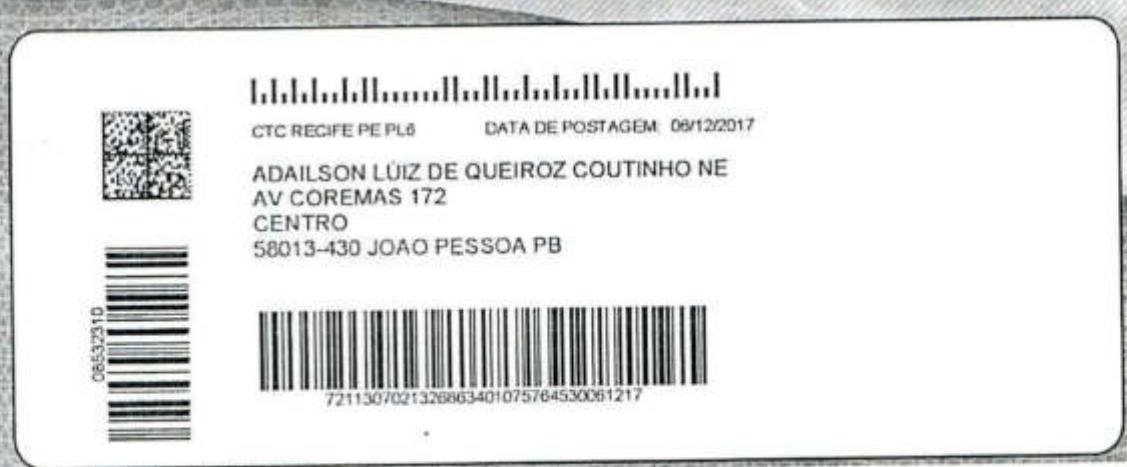
16 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA
Ref.: 11600001019-3
Matrícula: 275977-2017-11-6
VENCIMENTO 06/12/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 463,33



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CÂMARA MUNICIPAL DE
JOÃO PESSOA
16 MAR. 2018



**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=29636>

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Souza de Oliveira Coutinho ^{Neto} inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jucy Uber Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.078.594-81, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Jucy Uber Ribeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364-99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuse informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Av. Nossa Senhora das Graças, 172, Centro, São Paulo, SP, 01030-000		172	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	São Paulo	SP	01030-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
ccf.adm@gmail.com	33-35061910	83-98849-5530	

José Pires, 14 de março de 2018
Local e Data

Local e Data

Abelson Souza de Queiroz Loutinho Neto
Assinatura do Declarante



16/03/2018
6 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

049.078.594-81

Nome

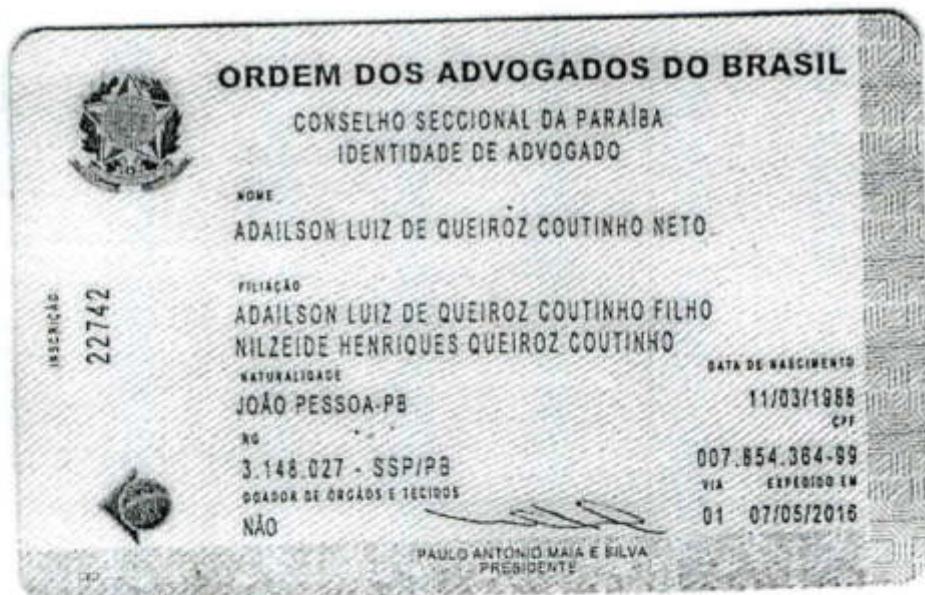
LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA

Nascimento

29/12/1981



6 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VEÍCULOS PESSOAIS OU POR SUA CARGA, APESAR DA TRANSFERÊNCIA OU NÃO, SEGURO DPVAT		
PB Nº 013136342800		
BILHETE DE SEGURO DPVAT		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		
EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/01/2017		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	04907859481	OEZ4258/PB
RENAVAM	MARCA / MÓDULO	
00345944828	HONDA/CG150 FAN ESDI	
ANO-FAB.	DATA-FAB.	NR CHASSI
2011	9	9C2KC1680BRS5477171
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PRE (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR A SER PAGO GARANTIA (R\$)
*****	IOF (R\$)	PAGO
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> SOTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	24/01/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 06.348.898/0001-04		
36927-1511146-20170130		



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WILTON RIBEIRO DO SIFMA
 DATA DO ACIDENTE 13/11/17 CPF DA VÍTIMA 049.078.594-81

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR Rua Jecó Konvalle

Nº 185 COMPLEMENTO Bairro Residencial BAIRRO Residencial
 CIDADE João Pessoa UF PE CEP 58020-200

E-MAIL ccs.observatorio.com TELEFONE (83) 98449-5530
83 99113-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DCT (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
- DOCUMENTAÇÃO / SUADEF

(ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÉM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÉM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte = R\$ 13.500,00
 Invalidez permanente = Até R\$ 13.500,00, este valor varia conforme a gravidade de lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- Valores de indenização
 • DAS LESÕES E DE ACORDO COM A GRAVIDADE
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMOVIDAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÉM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE 26/03/18 DATA 26/03/18 DATA

IDENTIDADE 22742.013/93 NOME Adriano Henricto ASSINATURA Adriano Henricto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180125215 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180125215 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: CONTUSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL COM IMPOSSIBILIDADE DE AGACHAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATADA COM MEDICAÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA E OBSERVAÇÃO. VÍTIMA INFORMA QUE CONTINUA EM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS E NA TENTATIVA DE REALIZAR QUE POSSAM DIAGNOSTICAR MAIS PRECISAMENTE SUA CONDIÇÃO PÓS-TRAUMA. SEM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA DOCUMENTAL NO ATUAL PROCESSO DA VÍTIMA SUGERIMOS QUE A MESMA SEJA REAVALIADA APÓS TRATAMENTO ADEQUADO E COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA ADEQUADA SE POSSÍVEL COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

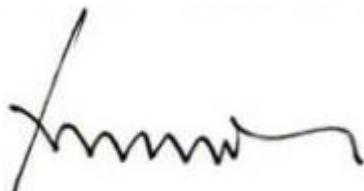
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jucio Cleber Ribeiro da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Leiñhüror Nº DO RG: 264 9960
ORGÃO EMISSOR: SESP/PB DATA DE EMISSÃO: 13/05/99
Nº DO CPF: 049.078.594-81 ENDEREÇO: Rua José Romualdo
nº 186, Bairro Recreio, João Pessoa - PB, CEP 58020 - 300

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jucio Cleber Ribeiro da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 24 de novembro 2017

Júlio Cézar Ribeiro da Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180125215**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCIO CLEBER RIBEIRO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua João Ramalho, 185 - Roger - João Pessoa - PB - CEP 58020200

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2649960**

Data e local do acidente: [**13/11/2017**] **AV. AYRTON SENNA-ROGER-JOÃO PESSOA**

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

CONTUSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATADA COM MEDICAÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA E OBSERVAÇÃO. VÍTIMA INFORMA QUE CONTINUA EM USO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS E NA TENTATIVA DE REALIZAR QUE POSSAM DIAGNOSTICAR MAIS PRECISAMENTE SUA CONDIÇÃO PÓS-TRAUMA. SEM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL COM IMPOSSIBILIDADE DE AGACHAMENTO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em **90** dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**DEVIDO A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA DOCUMENTAL NO ATUAL PROCESSO DA VÍTIMA
SUGERIMOS QUE A MESMA SEJA REAVALIADA APÓS TRATAMENTO ADEQUADO E COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA
ADEQUADA SE POSSÍVEL COM RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.**



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB