

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO**

Nº Sinistro: **3180533361**

Vítima: **CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO**

Data do Acidente: **08/06/2018**

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 3180533361**.

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 13590772



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

726 354 954 91

Nome completo da vítima

Carlos Ailton A. Estevão

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Carlos Ailton A. Estevão		72635495491		Calateiro	
Endereço		Número	Complemento		
Rua da Mangueira		185			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Ed. Benedita	João Pessoa	PB	58000-000		
Email		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, 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\$ 1.004,00 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			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)				<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1010		36421	4				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Carlos Ailton A. Estevão

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

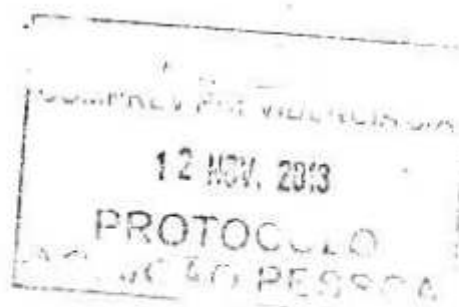
CAIXA
POUPANÇA



5067 2250 2762 1954

CARLOS AILTON A ESTEVAO^{10/24}
1010 013 00036421-4

elo





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02025.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02025.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 24 de outubro 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Carlos Ailton Alípio Estevão**, CPF nº 726.354.954-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Calceteiro, filho(a) de Adília Estevão da Silva e Agenor Alípio Estevão, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/07/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Mangeira, Nº 185, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Quartel de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98615-7002.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av Mar Vermelho, Posto de Combustível, Cabedelo/PB, bairro Intermare; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

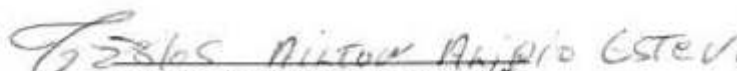
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

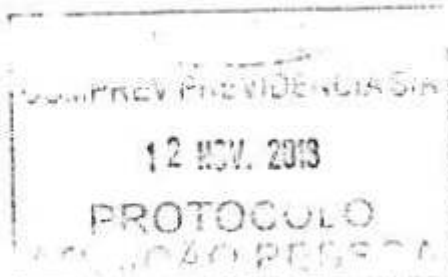
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQE: 8997/PB, chassi nº 9C2JC4110AR713170, registrado em nome de Daurineide de Sousa Melo Estevão-CPF nº 804.683.064-04; QUE segundo o notificante seguia normalmente quando um veículo não sabendo especificar marca e modelo nem placa do mesmo e que este trancou ao noticiante fazendo com que o mesmo viesse a perder o controle e viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1230/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 13.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVÃO
Notificante



Procedimento Policial: 02025.01.2018.1.00.420

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PLANEJAMENTO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CO. PLEXO 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: 135120 Atd: egui
Data: 08/06/2018
Hora: 17:50:55
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO Num. de vezes atendido: 1
CNS: 124127005340003 Sexo: M IDENTIDADE: 1340817 Fone: 986157002 Num. Prontuario: 2018.06.001055
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/07/1969 Id: 48 ano(s)
End.: RUA DA MANGUEIRA, 185
Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ADILIA ESTEVAO DA SILVA Pai: AGENOR ALIPIO ESTEVAO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO
Tel/Doc. Responsavel: 986157002 / IDENTIDADE: 1340817
Procedência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

MA EM PUNHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescrição

Dr. Thales F. Seabra
CRM - PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho

TC:
DATA: 08/06/18
Hora: 20:25

Horario da medicacao

Dr. Everton T. Vasconcelos
MEDICO
CRM-PB 8618

٢

10

1
2
3
4
5
6
7
8

Dose

Dose

Horario

Evolução

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Transferido

[] Transferido

1 } UTI

1 } UTI

[] Enfermaria

[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Obito: [] Atestado

I] SVO

[] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000036421-4

Nr. da Autenticação 7F6461385E370993

DAURNEIDE DE SOUSA MELO ESTEVAO
RUA DA MANGUEIRA, 165 - JOVENEZA
JOAO PESSOA / PB CEP: 56000000 (AQ)

Emissão: 17/10/2018 Referência: Out 2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICA
Roteiro 3-2-581-1565 NP medidor 00001315673



ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
26 - Cota Redentor - João Pessoa / PB - CEP 51013-680
CNPJ 08.095.180/0001-40 Ins. Est. 16.035.523-0

Nota Fiscal Contador Energia Elétrica 02014 085 441
Cód. para Dth. Autenticação 0200409167

Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: 17/10/2018
Data prevista da próxima leitura: 16/11/2018
CPF/ CNPJ/ RAN: 804.683.064-04
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5465676

Capal de costata

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Consumo		Diferença	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/09/18	21340	17/10/18	21537				
Consumo em kWh							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Icmo (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Valor (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pto (R\$) (0,6712%) (0,0514%)							
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,276250	8,34	8,34	2,25	8,34
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,477010	33,39	33,39	2,25	33,39
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	97,000	0,715520	69,40	69,40	2,25	69,40
0001	Adic. B Vermeia			10,06	10,06	2,25	10,06
0010	Subsidio			55,72	55,72	2,25	55,72
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB. SERV. LIM. PUBLICA			4,85	0,00	0,00	4,85
0008	Devolução Subsidio			-38,58	0,00	0,00	-38,58
TOTAL				143,18	176,91	47,75	176,91
GOL Código de Classificação de Item				143,18	176,91	47,75	176,91
24/10/2018				RS 143,18			

12 NOV. 2018
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA

Importante:

Monitore seu e-mail e telefones sempre atualizados.
Acesse net.com.br, opção Minha NET > Minha Assinatura.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Minha NET:

- Ⓢ BDA LARGA NET
- Ⓢ EMPRESAS 60 MEGA FIO
- Ⓢ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

descrição

- Ⓢ **NET VIRTUA +** **145,00**
- Ⓢ **NET Fone** **54,99**

total

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +	
01/08/18 a 30/09/18 - MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO	145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +	145,00
Total NET VIRTUA +	145,00

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAL	0,00
ASSINATURA	54,99
Total NET Fone	54,99



TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um supergula com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada

Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.



- ! Para atendimento presencial consulte as condições no site net.com.br
- ! Exite o dedilhamento de seu atual efetuar e pagamento até a data do vencimento. NET filial ao Serasa/SCPC.
- ! Para pagamento após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 0800 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4094-7777 para atendimento técnico, financeiro e cobrança de serviços (custo de ligação local).

- Central de Atendimento NET: 10621 e 0800-7217707
- (deficientes auditivos)
- Ouvidoria 080072010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
007182798726744
007182798409626
007182798545626
007182798456518
007182797900000

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção: efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPL.

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	199,99

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Bizar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Siltom A. Benteva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 726.354.954-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Carlos Siltom A. Benteva inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.354.954-91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Mamairua</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>		Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

J. Pessoa 30 de outubro de 2013
Local e Data

Alexandra Bizar Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daurineide de Sousa Melo Esteves,
RG nº 1247.066, data de expedição 22/02/2017
Órgão SSDS, portador do CPF nº 804.683.064-04, com
domicílio na cidade de José Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Da Mangueira, nº 185,
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 Carlos Alton Alípio Esteves, cujo o condutor era
Carlos Alton Alípio Esteves.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 125-FAN KS.
Ano: 2010
Placa: PAE 8997/PB
Chassi: GC2JC4J30AR 713170.
Data do Acidente: 08/06/18.
Local e Data: José Pessoa - PB 18/06/18.

Daurineide de Sousa Melo Esteves
Assinatura do Declarante

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

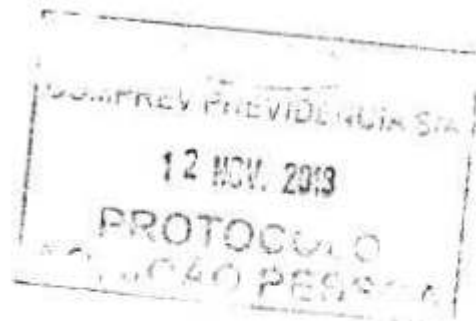


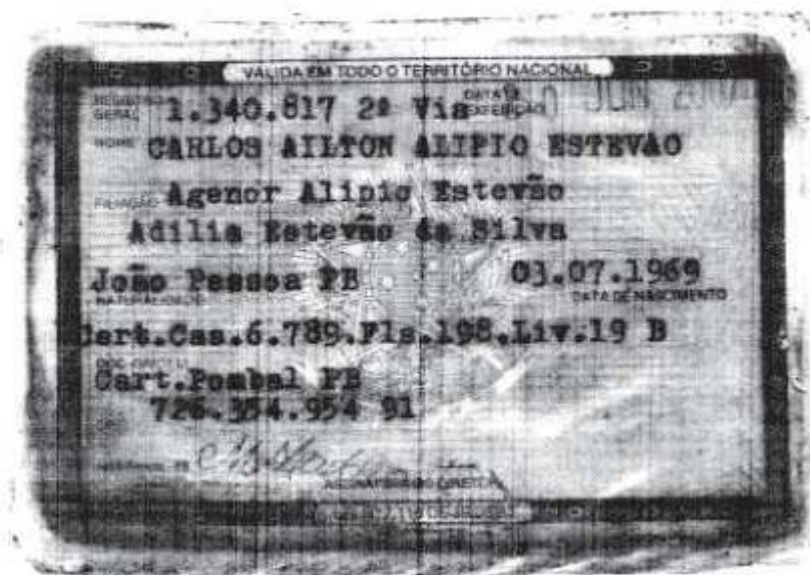
CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de DAURINEIDE DE
SOUSA MELO ESTEVES, [111019], J. Pessoa-PB, 18/06/2018
10:13:00 Emol R\$9,48 Farpens:R\$0,28 Fepj:R\$1,90,
ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO
PEREIRA SILVA, Selo Digital A#E76671-XEIK Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br>





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlos Ailton Alipio Estevão,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
calceiteiro, CI RG nº 1340.817,
CPF/MF nº 726.354.954-91, residente e domiciliado(a) à Rua
da Manadeira, 185 JD Venéza,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone
(83) 99105.5363, 98663 4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, 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 perícias
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, 18 de Junho de 2018.

12 NOV. 2013
PROTÓCOLO
PES



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

OUTORGANTE

Carlos Ailton Alipio Estevão

Reconheço a Autenticidade a firma de CARLOS AILTON
ALIPIO ESTEVAO, [10497], J. Pessoa-PB, 18/06/2018 10:08:43
Emol R\$9,48 Farpem: R\$10,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA.
Celo Digital 44876570-RM/ Consultar em

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411669/18

Vítima: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

CPF: 726.354.954-91

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: CARLOS AILTON ALIPIO
ESTEVAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO : 726.354.954-91

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA