

---

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](http://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**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 93

Nome completo da vítima

Carlos Hilton A. Esteves

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Hilton A. Esteves	726 354 954 91	Calceiro
Endereço	Número	Complemento
Rua da Mangueira	185	
Bairro	Cidade	Estado
Jd. Valenega	João Pessoa	PB
Email	CEP	58000-000
	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\$ 1.001,00 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	20,3

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. 1010 D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. 36421 D/V 4  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

Local e Data  
Carlos Esteves, 12 de Novembro de 2018

820103 01700 ALIPO COCRVO  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



12 NOV. 2013  
PROTÓCOLO  
Nº 40 PESQUA

**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 Aliton Alipio Estevão**, CPF nº 726.354.954-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Calceteiro, filho(a) de Adilia Estevão da Silva e Agenor Alipio 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 Intermares; 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:**

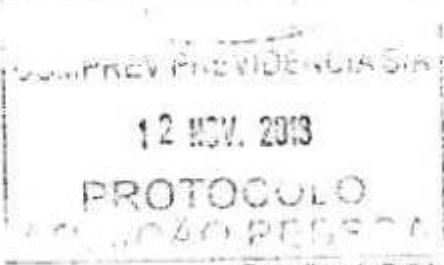
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS ,ano e modelo:2010 de cor preta, placa:NQE- 8997/PB,chassi nº 9C2JC4110AR713170,registrado em nome de Daurineide de Sousa Melo Estevão-CPF nº 804.683.064-04;QUE segundo o notificante seguia normalmente quando um veículo 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 DR<sup>a</sup> 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.

  
**JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
**CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVÃO**  
Noticiante



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 ALIPIO 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

PI: SEMITU-A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
CO: PLELO 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: 105120 Attd: *egui*  
Data: 08/06/2018  
Hora: 17:50:55  
Repcionista: 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

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

INFORMACOES DE ENTRADA Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Resp.: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

Escolaridade:

Tel/Doc. Responsavel: 986157002 / IDENTIDADE: 1340817

Residencia: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vomito

MA EM PUNHO

Observacão

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Doença a outra mao  
na te mao co lado  
doutro na de dedos dolar E  
refere dor nos dedos  
Conduta

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

00:00 08

Dr. Everton P Vasconcelos  
MEDICO  
CRM-PB 8618

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI \*  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

2628/05

Assinatura do Paciente/Responsável

**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

**DALURINEIDE DE SOUSA MELO ESTEVAO**  
RUA DA MANQUIERA, 765 - JOVENEZA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AGU.)  
Emissao: 17/05/2018 Referencia: Out 2018  
Classe/Suporte: RESIDENCIAL/BALCA RENDA MONOFAMILIAR  
Piso: 01-2 - 882 - 1585 - 07 - AP medidor: 00001315623



MUNICÍPIO PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
26 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58011-000  
CNPJ 06.095.183/0001-40 Inst. EAI 16.015.823-0

Nefo Fócal! Controle Energia Elétrica M7014 981-441  
Cód. para Dál. Automotivas 08004691767

Llamar para una Automejora 0004483767

Conta referente a	Advertência	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Out / 2018	17/10/2018	16/11/2018	804.663.064-04

UC (Unidade Consumidora) - 2018-1 / 2019-1

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

Anterior		Tributado		Consumo		Débito				
Data	Leratura	Data	Leratura							
14/09/16	21340	12/10/16	21537			157	33			
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Ajust.	Item(s) R\$	Base Calc. P/B R\$	Coef(s) R\$		
			Tributado(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	P/B(Calculo R\$)	0,67126(0,0514%)			
0001	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,276250	8,34	8,34	27	2,25	0,94	0,05	0,26
0001	Consumo - 31 a 103kWh-BR	70.000	0,477010	33,39	33,39	27	9,01	33,39	0,22	1,03
0001	Consumo - 104 a 220kWh-BR	97.000	0,715520	69,40	69,40	27	18,74	69,40	0,48	2,16
0001	Ajust. B Vermelha			10,06	10,06	27	2,72	10,06	0,06	0,31
0010	Subsídio			55,72	55,72	27	15,04	55,72	0,37	1,72
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONT/R SERV. LUM.PÚBLICA		4,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0006	Devolução Subsídio		-36,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

ESCI Códigos de Classificação do Item TOTAL 4143,18 176,91 47,76 129,91 1,18 5,45

24/10/2018

更多資訊

12 NOV. 2013

**PROTOCOL  
DE LA PRESA**



JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA, 300  
MANAIARA  
58036-460 JOAO PESSOA PB

Código NET  
907/014527082  
CPF/CNPJ  
455.536.024-91

Vencimento  
**10/10/2018** Valor  
**199,99**  
Forma de Pagamento  
**BOLETO BANCÁRIO**

**PARA 2ª VIA DA FATURA, DEBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR**

001/004

**Importante:**

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados.  
Acesse net.com.br, opção Minha NET > Minha Assinatura.  
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, dentro o período de 30/“síndrome mínima, estará sujeito à cobrança de multa especial.

**Minha NET:**

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

descrição

total

NET VIRTUA +  
NET Fone

**145,00**  
**54,99**

Valor total  
**199,99**

**NET VIRTUA +**

Mensalidade NET VIRTUA +

01/09/18 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 LOCAIS	0Mês(s) 0dias
ASSINATURA	34,99
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 superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

Acesse [net.com.br/monet](http://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 os endereços no site [net.com.br](http://net.com.br)
- Envie o desligamento de seu serviço informando o pagamento até a data do vencimento. NET fatura ao Senac/SOPC.
- Para pagamento após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% 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 7787 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4084-7777 para atendimento Técnico, Financeiro e cobranças de serviços (custo da ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10421 e 8000-7217707 - (Deficientes auditivos):

DESCRIÇÃO PREVIA S...  
REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
907162790720744,  
9071627905000025,  
907162790500025,  
9071627905000518,  
9071627905000518.

12 NOV. 2013

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% 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 ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

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**



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Alexandria Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Siltom A. Boké vau inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 726.354.954-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima  
Carlos Siltom A. Boké vau 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:  
alexandria cesar duarte

Recuso informar

12 NOV. 2013

PROTOCOLO  
DE LAUDO

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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

J. Russo, 30 de outubro de 2013

Local e Data

Alexandria Cesar Duarte

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Drauzio de Souza 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 Joaos Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
da Mangueira, nº 185,  
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima carlos Rilton Alipio Esteves, cujo o condutor era  
carlos Rilton Alipio Esteves.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 125 FAN RS.

Ano: 2010

Placa: VALE 8997/PB

Chassi: 9C2JC4J30AR 713170

Data do Acidente: 08/06/18

Local e Data: Joaos pessoa - PB 18/06/18

Drauzio de Souza 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 ESTEVEAO, [111019], J.Pessoa-PB, 18/06/2018

10:13:00 Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,29 Fepj:R\$1,90.

ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO

FERNANDA SILVA, Selo Digital AHE76671-XEIK Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br> - www.tjpb.jus.br

12 NOV. 2018

PROTÓCOLO  
1640 PESO



*Protocolo de Reunião*  
12 NOV. 2013  
**PROTÓCOLO**  
**DE REUNIÃO**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533361      **Cidade:** Cabedelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS AILTON ALIPIO 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180533361      **Cidade:** Cabedelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS AILTON ALIPIO 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Carlos Ailton Alipio Estevão,  
brasileiro(a), estado civil casado, profissão  
calceteiro, CI RG nº 1340.817,  
CPF/MF nº 726.354.954-91, residente e domiciliado(a) à Rua  
da Manoelina, 585 JD Uemeca,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone  
(83) 99505.5363, 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 Lider 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. 2018*

*PROTOCOLO*



Carlos Ailton Alipio Estevão

**OUTORGANTE**

**CARTÓRIO CELEIDA**  
SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RECONHEÇO Por Autenticidade a firma de CARLOS AILTON  
ALIPIO ESTEVÃO, [10497], J.Pessoa-PB, 18/06/2018 10:08:45  
End: R\$9,48 Farpon:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em  
test da verdade. Tabelia CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA.  
Data Tabelia 14/07/2018-AM 11 Consulte em

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411669/18

**Vítima:** CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

**CPF:** 726.354.954-91

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA