

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11361002

A/C: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170395931 ASL-0273919/17

Vitima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Data Acidente: 22/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11364055

A/C: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170395931 ASL-0273919/17

Vitima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Data Acidente: 22/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2017

Carta nº: 11891016

A/C: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Sinistro: 3170395931 ASL-0273919/17
Vítima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA
Data Acidente: 22/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Carta nº: 11983236

A/C: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Nº Sinistro: 3170395931
Vítima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA
Data do Acidente: 22/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

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: **BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000038450-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Bruno Henrique da Silva Mota

PORTADOR(A) DO RG Nº 3724491 EXPEDIDO POR SSDS PB EM 18/04/13 E

CPF 1001690444-40 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO instalador

E RENDA MENSAL DE R\$ meu (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bruno Henrique da Silva Mota, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 387450-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 11 de maio

de 2013

LÓCAL E DATA

Bruno Henrique da Silva Mota
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

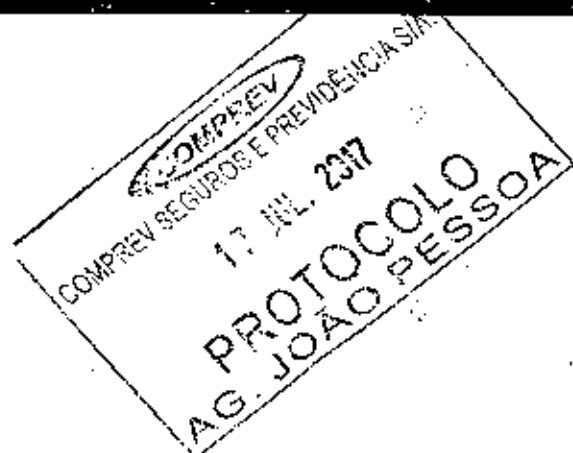
CAIXA

POUPANÇA

6277 8016 5033 6104

BRUNO HENRIQUE SILVA MOTA
1941 013 00038450-7

elo





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00688.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00688.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:26 horas do dia 04 de abril 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 **Bruno Henrique da Silva Mota**, CNH nº 05467507858, CPF nº 101.690.444-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Instalador de Acessórios, filho(a) de Heloisa Marcelino da Silva Mota e Jose dos Santos Mota, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/08/1993 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Onaldo da Silva Coutinho, Nº 287, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Colégio Presidente Medici, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98853-4079.

Dados do(s) Fatos:

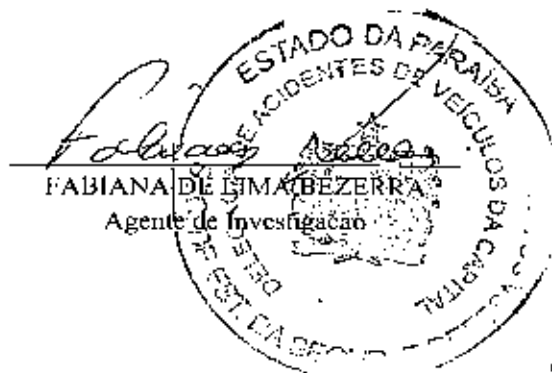
Local: Rua Luiz Lianza X Rua Manoel Deodato, Depósito do Ari, João Pessoa/PB, bairro Expedicionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/11/16 13:12h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

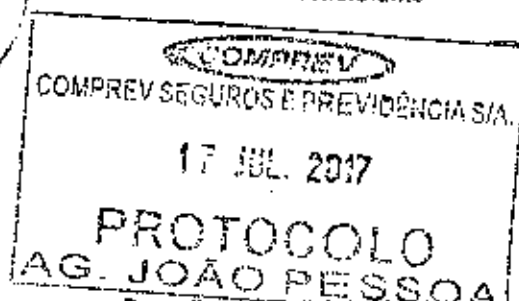
Que no dia 22.11.2016, por volta das 13h12, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/YBR125 FACTOR K1, COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA OGD3175/PB, CHASSI 9C6KE1950E0008340, DE PROPRIEDADE DE JOSENILDO DO NASCIMENTO SILVA, pela Rua Manoel Deodato, Expedicionários, nesta capital, quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Luiz Lianza foi atingido na lateral esquerda por outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA FAN, COR PRETA, placa não identificada, a qual não respeitou a placa de PARE que havia no local; Que devido ao fato veio a lesionar-se, conforme CERTIDÃO Nº 0197/2017, EXPEDIDA PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 06.02.2017, do COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA para onde foi socorrido um homem que passava pelo local, em veículo particular; Que o outro motociclista não machucou-se no ocorrido; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico; Que não deseja representar criminalmente.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de abril de 2017.



Bruno Henrique da Silva Mota
BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA
Noticiante



Procedimento Policial: 00688.01.2017.1.00.420

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170395931

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

Data do acidente: 22/11/2016

Seguradora: AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 07 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO ESQUERDO COM DESVIO DO EIXO, EDEMA RESIDUAL, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS

Resultados terapêuticos: VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2017

Conduta mantida:

Observações: OBS : O DOCUMENTO MÉDICO DIZ PUNHO DIREITO, MAS NA REALIDADE TRATA-SE DO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Bruno Henrique da Silva Neta, portador da carteira de identidade nº 3777491 e inscrito no CPF/MF sob o nº 201690444-0, residente e domiciliado na Rua Osvaldo da Silva Coutinho, 237, Castelo Branco, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

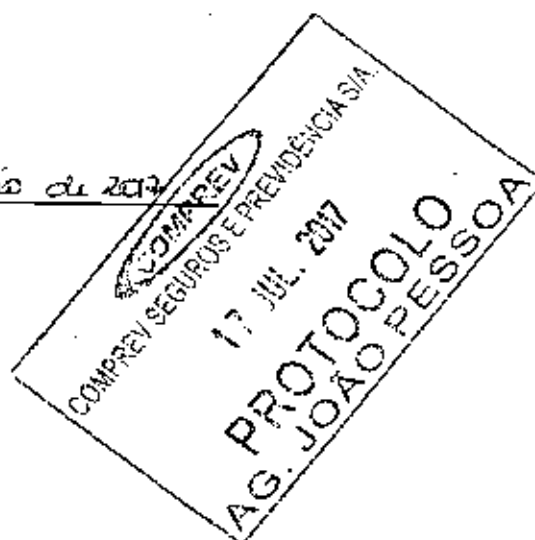
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 11 de maio de 2017

Local e data



ATO DECLARATORIO

PRE: SA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COM: HOSPITALAR MANGAPEIRA
 R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 907210 Atd: Nao Regulado
 Data: 22/11/2016
 Hora: 14:02:17
 Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTO
 Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA
 Num. de vezes atendido: 2
 Num. Prontuario: 2013.04.001948
 CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3777491 Fone: 96302581
 Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/08/1993 Id: 23 ano(s)
 End.: RUA RONALDO SILVA COUTINHO, 284
 Bairro: CASTELO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
 Pai: JOSE DOS SANTOS MOTA
 Mae: HELOISA MARCELINO DA SILVA MOTA

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

R. p.: AMIGO ANDERSON

R. p. / Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO TORRE

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM MOTO PROXIMO A RUY BARBOSA

Vitima de violência por: AS 13HRS* CONDUTOR *

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
FC:	TF:	☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
Peso	Altura:	☐ Hemorragia	☐ Dispneia
Glicemia:	IMC:	☐ Diarreia	☐ Agitado
Cor. Abd:	O2%:	☐ Regular	☐ Chocado
Queixa Principal		☐ Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

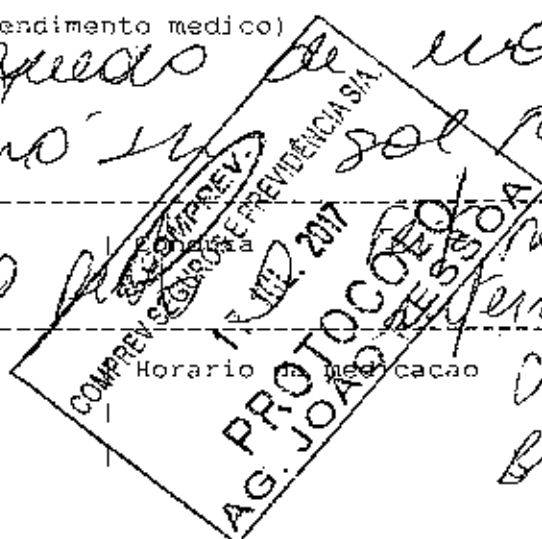
Acidente relatado quando de moto colidiu com o muro no 1º andar R. X

Diagnostico

Fratura Luxao de ombro direito do humero proximal

Prescricao

*monomelic
pl do membro*



Cirurgia de fratura de
Brachio
 Dr. Danilo Dantas Gualberto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-47827-01 6514
 033604802

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: 14/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000038450-7

Nr. da Autenticação F829A6153173881F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bruno Henrique da Silva MotaRG nº 3777491, data de expedição 18 / 04 / 13, Órgão SS DS - PB,

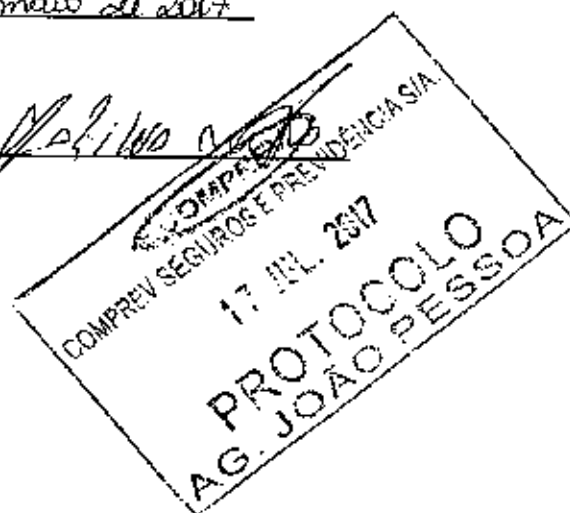
CPF nº 101690444-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Onaldo da Silva Coutinho</u>
Número	<u>287</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Castelo Branco</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58050-600</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 93881 2056</u>
E-mail	<u>cinthia_gilso@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 11 de maio de 2017

Assinatura do Declarante:

Bruno Henrique da Silva Mota

229,64 109,00

Re 1/2017)R157,52

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17. JUL. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TOTAL A PAGAR

R\$ 219,92

003400060019-6



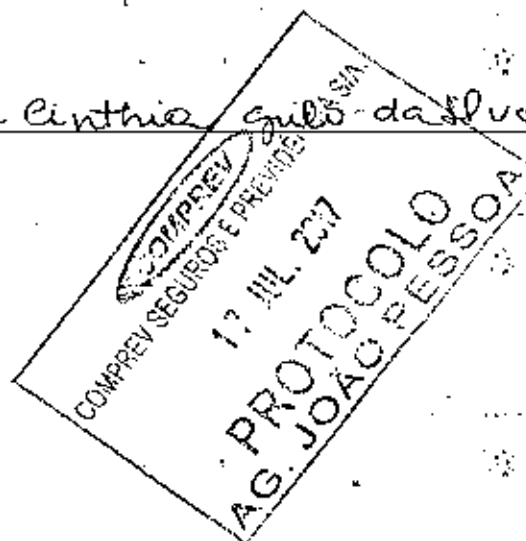
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Maria Cinthia Gile da SilvaRG nº 17295, data de expedição 06/06/12 Órgão OAB/PB

CPF nº 05189044429, 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. Capitão João Pessoa</u>
Número	<u>602</u>
Apto / Complemento	<u>Sala 06</u>
Bairro	<u>Jaguaripe</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58015-170</u>
Telefone de Contato	<u>93 988812056</u>
E-mail	<u>cinthia.gile@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 02 de maio de 2017Assinatura do Declarante: Maria Cinthia Gile da Silva



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JOÃO PESSOA
Rua Felfelino Cirra, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

603589

REFERENCIA

MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

CYNARA SOLZA QUIRINO
AV CAP JOSE PESSOA 602

JAGUARIBE

58015-170

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Servico	Consumo	Valor	Unidade	
001.06.280.0290	0	1	0	0	0	603589
Matrícula	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
AD6X037899	07/04/2016	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
2282	2289	3	30	06/03/2017
HIST. DE CONS./ANAL. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
SET/2016	6	0	PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS.	CONFORMES
OUT/2016	6	0	CON	77 801 121
NOV/2016	2	0	COL. TERMET	0 0 0
DEZ/2016	3	0	TURBIDEZ	294 317 317
JAN/2017	6	0	COL. TOTAIS	294 317 317
FEB/2017	3	0	CLORO	294 317 317
MEDIAÇÃO	4	DADOS REFERENTES A: JAN/2017		

DATA DA LEITURA: 05/03/2017	HORA DA LEITURA: 07:57:38
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m³	10 35,84 29,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,13 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

21/03/2017

Total a Pagar:

R\$66,31

v. 16,10 e 1,0

POSICAO DE LEITURA: REALIZADA

POSICAO DO FATURAMENTO: REAL

Tipo de Tarifa: NORMAL

POSICAO DE DER. ANTERIORES)

EXISTE(U) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

PARA SUA CONVICCAO, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO

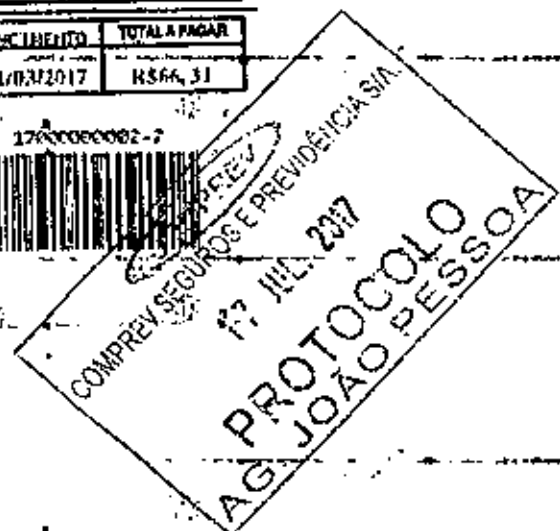
MASTICO.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
603589	MAR/2017	21/03/2017	R\$66,31

3261000000-7 86310010320-3 00035400370-5 17000000002-7



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Maria Cinthia Gilo da Silva, portador(a) do

RG nº 17295, expedido por OAB PB, em

06/06/12, CPF/CNPJ nº 05189044425

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a): Bruno

Henrique da Silva Mota do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

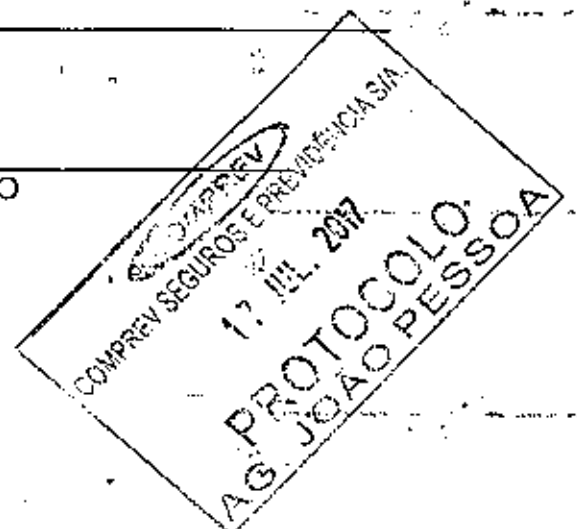
da vítima Bruno Henrique da Silva Mota, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ recusa-se

Documentos comprobatórios: OAB - PB

Maria Cinthia Gilo da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

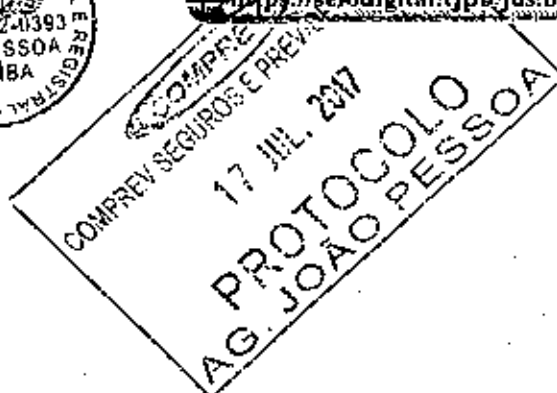
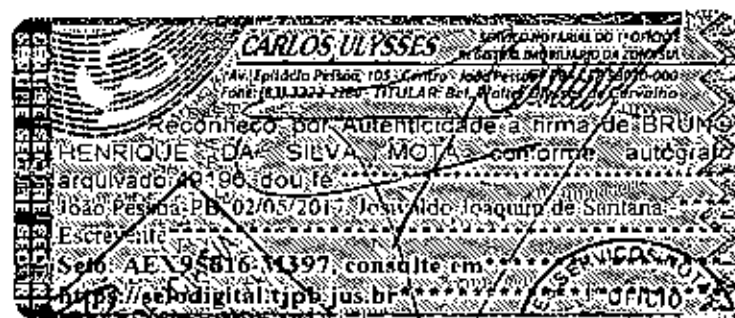
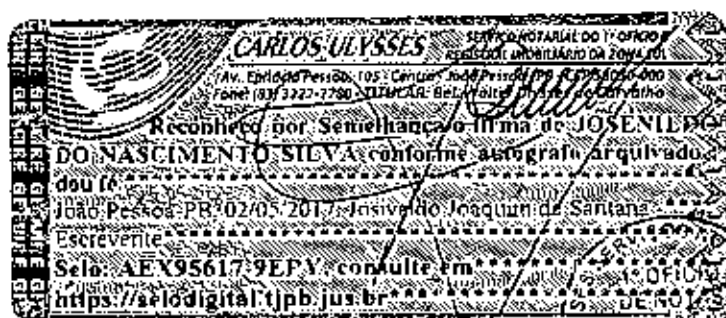
EU, JOSENILO DO NASCIMENTO SILVARG nº 3.177.943, data de expedição 1/1/Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 291.100.264-87, comdomicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado dePARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)AV. CAPITÃO JOSÉ PESSOA, nº 622,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Bruno Henrique da Silva Mota, cujo o condutor eraBruno Henrique da Silva MotaVeículo: MOTOModelo: Yamaha N BR 125 Factor K1Ano: 2013/2014Placa: OGD 2175/PBChassi: 9C6KE1950E0008340Data do Acidente: 22.11.2016Local e Data: João Pessoa, 02 de maio de 2017.

Assinatura do Declarante

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSENILO DO NASCIMENTO SILVARG nº 1.173.242, data de expedição 16/07/96Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 691.100.264-87, comdomicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado dePARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)AV. CAPITÃO JOSÉ PESSOA, nº 622,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA cujo o condutor eraBRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTAVeículo: MOTOModelo: YAMAHA 150R 125Ano: 2013/2014Placa: OGD 3175Chassi: 9CEKE1950E0008340Data do Acidente: 22.11.2016Local e Data: João Pessoa, 11 de setembro de 2017CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Assinatura do Declarante

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

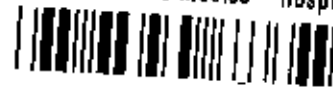




CERTIDÃO

Nº. 0197/2017

Documentação médica - hospitalar

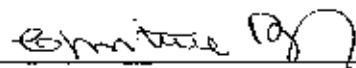


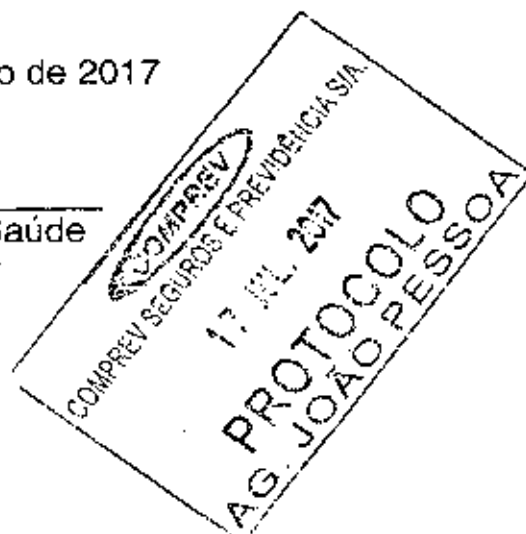
Atendendo solicitação de **BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA**, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°907210 e Prontuário N° 2013.04.001948, pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 22/11/2016 às 14H02min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/11/2016 com alta médica dia 29/11/2016.

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

João Pessoa, 06 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

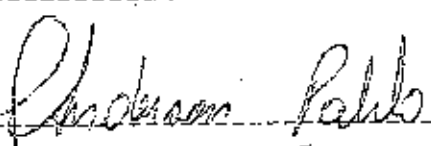
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Doente em decúbito dorsal
- ② Azeite e Antiseptico de pele

Incisão:

- ③ Incisão longitudinal de 10 cm

Achados:

- ④ Decidua anexos e placenta
- ⑤ Dito por placenta anexos

Conduta:

- ⑥ Controle de hemorragia

Fechamento:

Dr. Alexandre Tavares
CRM 10000
Médico - Obstetra - Ginecologista

2-8 NOV. 2016

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: Bueno Henrique
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento ____/____/____

PD: _____

HDA: Doente crônico de colímbio mofo
com sintomas - suco de 1/3
do lado distal @ neuro de 4ro
curioso.

Sessão realizada na
doença crônica

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

ral: [] 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 [] Expectorção [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: [] HTE

☐ HAS ☐ DM ☐ TB ☐ HEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa

☐ Trauma ☐ Neo ☐ Tabagismo

☐ Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

HAS	DM	TB	NEO
-----	----	----	-----

Dislipidemias

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV;

AR:

ABD:

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *NA + G2. Gálico.*

Hipótesis Diagnósticas: *Fx 418 Rodes Dental (D).*

Conduta: *gru lussuoso*

introducción

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		10494508
USO GERALITÁRIO SENTENÇA DE CIVIL PARA TODOS OS FINS L. 6515/64 ART. 12 DO LEI Nº 6.253/64		 
	ADMINISTRAÇÃO PORTADOR Maria Emília Gomes da Silva	ADMINISTRAÇÃO

Documentos de identificacao

COMPRAS
17 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

00000000000000000000000000000000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

COMPREV SEGUROS DE CASA
17 JUL 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170395931 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA **Data do acidente:** 22/11/2016 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL (DIVERGÊNCIA QUANTO AO LADO ACOMETIDO)

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Bruno Henrique da Silva Mota
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Atividade de comércio Nº DO RG: 3777491
ORGÃO EMISSOR: SDS-PB DATA DE EMISSÃO: 18/04/13
Nº CPF: 10169044440 ENDEREÇO: Rua Orlando da Silva
Castanho 287, Castelo Branco, João Pessoa/PB

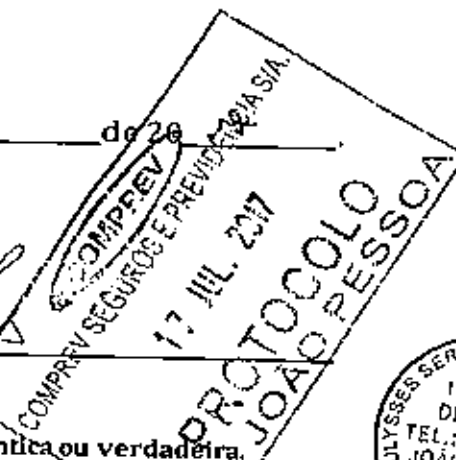
OUTORGADO: Maria Cinthia Gile da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Advogada Nº DO RG: 17295
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 06/06/12
Nº CPF: 05169044429 ENDEREÇO: Av. Capitão José
Pina 602, Joazeiro, João Pessoa/PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Bruno Henrique da Silva Mota, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa 02 de maio de 2017
Bruno Henrique da Silva Mota
Assinatura



OBS: Reconhecimento 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

Nome do(a) Examinado(a): **BRUNO HENRIQUE DA SILVA MOTA** Sinistro: **3170395931** Data: **22/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Onaldo da Silva Coutinho, 287 - Castelo Branco - João Pessoa - PB - CEP 58050-600**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] 3777491

Data local do exame: [**08/11/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 07 CM NA FACE VENTRAL DO PUNHO ESQUERDO COM DESVIO DO EIXO, EDEMA RESIDUAL, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA E CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

OBS : O DOCUMENTO MÉDICO DIZ PUNHO DIREITO, MAS NA REALIDADE TRATA-SE DO ESQUERDO.


Médico Responsável pelo Exame
CRM - PB 012

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB