

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: 3140642858 CPF da Vítima: 343.134.534-00 Nome completo da vítima: Antônio Pedro de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Antônio Pedro de Souza</u>		CPF titular da conta	<u>343.134.534-00</u>	Profissão	<u>Aposentado</u>
Endereço	<u>Rua Manoel Francisco Tito</u>		Número	<u>30</u>	Complemento	<u>2ºº/2º 50</u>
Bairro	<u>Alto da Populosa</u>	Cidade	<u>Santa Rita</u>	Estado	<u>RS</u>	CEP
Email	<u>calixtaelena@gmail.com</u>				Telefone (DDD)	<u>(51) 98683-4200</u>

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0914 (Informar dígito se existir) CONTA: 00130642 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: CAIXA NÚMERO: 00130642 AGÊNCIA: 0914 CONTA: 00130642

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.

Santa Rita, RS, de fevereiro de 2018
Local e Data

Antônio Pedro de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV 2018
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO PEDRO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3170642858**

Vitima: **ANTONIO PEDRO DE SOUZA**

Data do Acidente: **18/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170642858**.

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 12083197



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO PEDRO DE SOUZA**

Sinistro: **3170642858**
Vítima: **ANTONIO PEDRO DE SOUZA**
Data do Acidente: **18/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170642858** 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, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425039

A/C: ANTONIO PEDRO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3170642858
Vítima: ANTONIO PEDRO DE SOUZA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO 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: ANTONIO PEDRO DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000130642-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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**, com asuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, não bloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o **Incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Nome do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 343.137.534-00 Nome completo da vítima: Antonio Pedro de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Antonio Pedro de Souza</u>	<u>343.137.534-00</u>	<u>Representante</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Manoel Francisco Tito</u>	<u>07</u>	<u>21-7 AD-50</u>
Bairro	Cidade	CEP
<u>Alto da Populor</u>	<u>Santa Rita</u>	<u>58919-000</u>
E-mail	Telefone (DDD)	
<u>alexa.marcoborduarte@hotmail.com</u>	<u>83-99340-1170</u>	

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

☒ **DEU PARA INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

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

☐ **FRANCO** (237) ☐ **BANCO DO BRASIL** (001) ☐ **ITAU** (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA: 1914 D.V. 00130642 D.V. 5
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

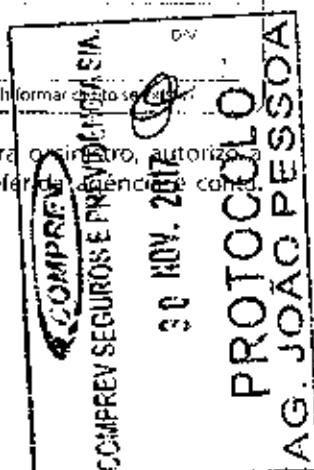
BANCO: _____ NOME: _____
 AGÊNCIA: _____ D.V. _____ CONTA: _____ D.V. _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

Santa Rita de outubro de 2017
 Local e Data

Antonio Pedro de Souza
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - SANTA RITA

DATA: 15/07/2017

HORA: 11:08:32

TERMINAL: 19141038

CONTROLE: 191410380136

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.00130642-5

CLIENTE: ANTONIO PEDRO DE SOUZA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA

VALOR

15/07

17/07

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

15/07

17/07

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

Junho

17/06 000000 REM BASICA

Julho

15/07 000000 REM BASICA

15/07 000000 CRED JUROS

17/07 000000 REM BASICA

RESUMO EM 17/07

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

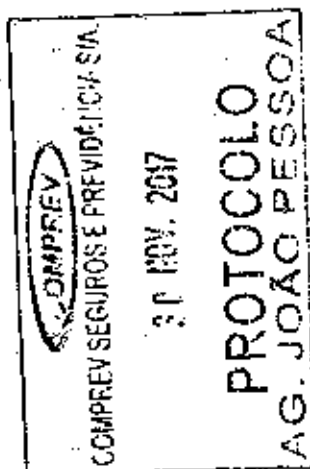
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Antonio Pedro de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Francisco Zito, 7 Lt 7 Qd 50
Alto da Popular Santa Rita PB CEP: 58919-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 152069
Data local do exame: [22/12/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO ÚMERO DIREITO DIAFISE.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO E BRAÇO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(☒) Sim () Não

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?

(☒) 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.

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO OMBRO E BRAÇO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Data da alta: 10/03/2016.

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO. REALIZADO

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

(☒) 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.

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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):

MEMBRO SUPERIOR - Direito

% 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Pedro de Souza, portador da carteira de identidade nº 132.089 e inscrito no CPF sob o nº 343.137.534-00 Representante da vítima _____ portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado na Mamuel Snamasco Titão, do LT-7 QD-50 Alto da Populeira, Cidade Santa Rita Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

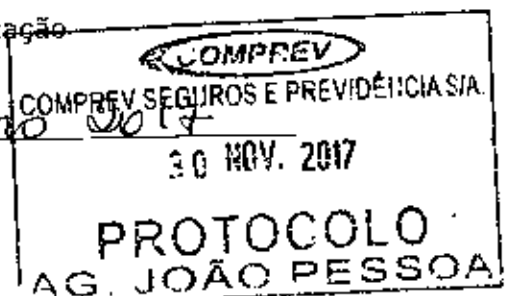
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Pedro de Souza

Assinatura do beneficiário
Conforme documento de identificação

Assinatura do representante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 10 outubro 2017
Local e data



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

energies

KINZASU FARMER - DISTRICT OFFICE, KINZASU
 KINZASU, DISTRICT OFFICE, KINZASU, DISTRICT OFFICE, KINZASU
 KINZASU, DISTRICT OFFICE, KINZASU, DISTRICT OFFICE, KINZASU

Nova Fideali/García de Saizola/Estados N°000-2726
FOLIO 198 DE 198 - AUTOMATIZADO: 1999/11/23

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RANI
Out/2017	09/10/2017	09/11/2017	11217308415

UC-Undated-Contumeliosa: 5/13665427

Carri de tomate

CONVOCAÇÃO PARA JUSTIFICAR ELEVADORAL
CADASTRO BIOMÉTRICO
A IDENTIFICAÇÃO ELEITORAL E O ELEITORAL EGRAL DA
OUTRA REGIÃO ELEITORAL PARA ALENTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO PROCURAÇÃO CASO ELETORAL
MAIS PRÓXIMO PARA ESTUAR O SEU CADASTRO

Anterior		Actual		Constante	Consumo	Dis
Dis	Consumo	Dis	Consumo			

[illegible]

1207 CONTRASERVIDORUECA

COR CORREÇÃO DO CANCELAMENTO DE DÉBITO	TOTAL	R\$ 138,21	R\$ 79,00	R\$ 59,21
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR		
17/10/2017		R\$ 138,21		

Rendimento do Consumo (KWh)											
276	1-100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-600	601-700	701-800	801-900	901-1000	1001-1100
276	1-100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-600	601-700	701-800	801-900	901-1000	1001-1100

RESERVADO AO FISCO
746d.fcd4.2a78.4a12.c91c.5ca8.162c.7ea4.

Índices de Qualidade do Ar		Limites de Tensão (V)	
Limites da ANEEL	Atualizado	Atualizado	Limite de Tensão (V)
1- Tensão	127	127	127
2- Frequência	60	60	60
3- Tensão	127	127	127
4- Frequência	60	60	60
5- Tensão	127	127	127
6- Frequência	60	60	60
7- Tensão	127	127	127
8- Frequência	60	60	60
9- Tensão	127	127	127
10- Frequência	60	60	60
11- Tensão	127	127	127
12- Frequência	60	60	60
13- Tensão	127	127	127
14- Frequência	60	60	60
15- Tensão	127	127	127
16- Frequência	60	60	60
17- Tensão	127	127	127
18- Frequência	60	60	60
19- Tensão	127	127	127
20- Frequência	60	60	60
21- Tensão	127	127	127
22- Frequência	60	60	60
23- Tensão	127	127	127
24- Frequência	60	60	60
25- Tensão	127	127	127
26- Frequência	60	60	60
27- Tensão	127	127	127
28- Frequência	60	60	60
29- Tensão	127	127	127
30- Frequência	60	60	60
31- Tensão	127	127	127
32- Frequência	60	60	60
33- Tensão	127	127	127
34- Frequência	60	60	60
35- Tensão	127	127	127
36- Frequência	60	60	60
37- Tensão	127	127	127
38- Frequência	60	60	60
39- Tensão	127	127	127
40- Frequência	60	60	60
41- Tensão	127	127	127
42- Frequência	60	60	60
43- Tensão	127	127	127
44- Frequência	60	60	60
45- Tensão	127	127	127
46- Frequência	60	60	60
47- Tensão	127	127	127
48- Frequência	60	60	60
49- Tensão	127	127	127
50- Frequência	60	60	60
51- Tensão	127	127	127
52- Frequência	60	60	60
53- Tensão	127	127	127
54- Frequência	60	60	60
55- Tensão	127	127	127
56- Frequência	60	60	60
57- Tensão	127	127	127
58- Frequência	60	60	60
59- Tensão	127	127	127
60- Frequência	60	60	60
61- Tensão	127	127	127
62- Frequência	60	60	60
63- Tensão	127	127	127
64- Frequência	60	60	60
65- Tensão	127	127	127
66- Frequência	60	60	60
67- Tensão	127	127	127
68- Frequência	60	60	60
69- Tensão	127	127	127
70- Frequência	60	60	60
71- Tensão	127	127	127
72- Frequência	60	60	60
73- Tensão	127	127	127
74- Frequência	60	60	60
75- Tensão	127	127	127
76- Frequência	60	60	60
77- Tensão	127	127	127
78- Frequência	60	60	60
79- Tensão	127	127	127
80- Frequência	60	60	60
81- Tensão	127	127	127
82- Frequência	60	60	60
83- Tensão	127	127	127
84- Frequência	60	60	60
85- Tensão	127	127	127
86- Frequência	60	60	60
87- Tensão	127	127	127
88- Frequência	60	60	60
89- Tensão	127	127	127
90- Frequência	60	60	60
91- Tensão	127	127	127
92- Frequência	60	60	60

ATENÇÃO - Para obter informações sobre o curso e o curso de pós-graduação em Administração, ligue para o telefone 0800-011111. O curso de pós-graduação em Administração é oferecido em 4 modalidades: Administração Geral, Administração de Empresas, Administração de Marketing e Administração de Recursos Humanos. O curso de pós-graduação em Administração é oferecido em 4 modalidades: Administração Geral, Administração de Empresas, Administração de Marketing e Administração de Recursos Humanos. O curso de pós-graduação em Administração é oferecido em 4 modalidades: Administração Geral, Administração de Empresas, Administração de Marketing e Administração de Recursos Humanos.

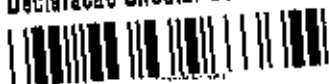
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
13/10/2017	R\$ 138,21

83600000001-5 38210054000-8 13865422017-9 108000000019-2

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPROBADO
GUROS: EREVA
2017

14



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 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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF, sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Pedro de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 343.137.534-00, do sinistro de DPVAT cobertura DPVAT da Vítima Antonio Pedro de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 343.137.534-00, 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>Mamao</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>alexmoucasarduarte@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3562-8500</u>	Telefone celular(DDD) <u>CP 343-137-534-00</u>

João Pedro 21 de novembro de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
31 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

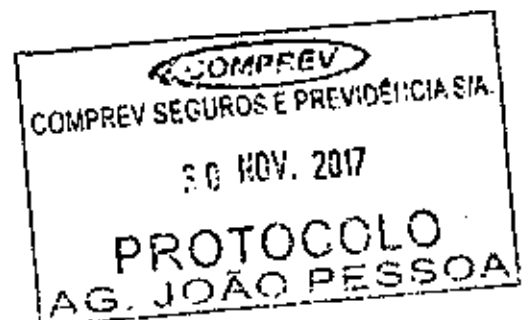
Eu, Leandro Moreira Chaves,
 RG nº 3370 180, data de expedição 01/10/2005
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 086.005.754-27 com
 domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Samuel Pereira Borba, nº 514,
 complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Antonio Pedro de Souza cujo o condutor era
Leandro Moreira Chaves

Veículo: Carro
 Modelo: Celta
 Ano: 2002/2003
 Placa: MOP 0738/PB
 Chassi: 9BGR D08 X03G 111974
 Data do Acidente: 18-12-16
 Local e Data: Santa Rita, 10-10-17

3º OFÍCIO

Leandro Moreira Chaves
 Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Antonio Pedro de Souza
DATA DE NASCIMENTO 23/05/29
NOME DA MÃE Maria da Conceição da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99305
BOLETIM DE ENTRADA N.º 968397
DATA DO ATENDIMENTO 18/12/16
HORA DO ATENDIMENTO 18:31
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de automóvel
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de diáfise do úmero direito
CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de carro, com queixa de dor, edema e deformidade em braço direito, sem outras queixas, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico inicialmente, optado posteriormente por tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro a braço D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura diafisária de úmero D.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura de úmero D.

ALTA HOSPITALAR: 18/12/16
DATA DA EMISSÃO: 19/05/17



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PE

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Primeiro Atendimento Médico



188380787488 BE: 968397
ANTONIO PEDRO DE SOUZA
DT. NASC.: 23/08/1928
MRE: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. 36 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: (41) 30318917
CELULAR: (41) 983189171
IDADE: 87
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pdo vítima de colisão (carro) e eletro
com queixo de dor no braço @

AME PRIMÁRIO

AS ☐ PÉRVIAS ☐ OBTURADAS

AÉREAS ☐ CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ SIM ☐ NÃO

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ SIM ☐ NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ SIM

HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

☐ NÃO

imp

SpO₂

%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normofonéticas ☐ Hipofonéticas

SOPRO

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Presente ☐ Ausente

FC: bpm

PA: X

mmHg

T: °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	
À contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decortica)	
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebral)	
				Nenhuma	
TOTAL: 15					

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIARIA

30 NOV 2017

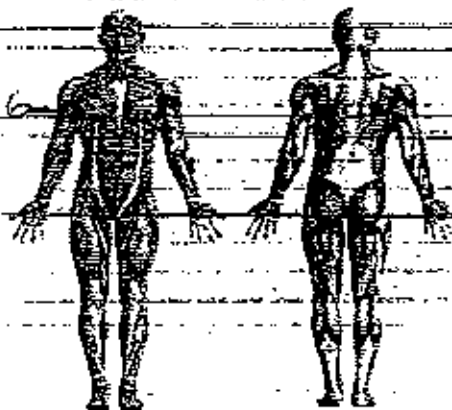
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrisão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injurgitamento Nervoso |
| 5 Grepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalramento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Peresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (paga de palma%): _____ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	Ja. de Dendromon. EG		
2	Rx		
3	Orto		
4	Atendimento		
5	Tratamento		
6	Tratamento		
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de _____ de _____ de _____
 Solicito parecer de _____ de _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: _____
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) ☐ Internado (setor) ☐ Hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavaliação ☐ Desistência
☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JMC ☐ SVO

ASSIN

ASSIN

F(NG)-06-001-1

Documentos de Identificação



REDA OBRIGATORII
IDENTIDADE CIVIL PARA VOTOS (S) TMS URSAM
(Art. 42 da Lei nº 8.000/1990)

JOÃO PEDRO PEREIRA

05701485

CPF 022641987

12578

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARALBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA-PR

022641987

455.536.024-91

15/04/2015

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

310 NOV. 2017

PROTOCOLO

VAG. JOAO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461729/17
Vítima: ANTONIO PEDRO DE SOUZA
CPF: 343.137.534-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: ANTONIO PEDRO DE SOUZA

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
Outros

Outros



ANTONIO PEDRO DE SOUZA : 343.137.534-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170642858 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PEDRO DE SOUZA **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170642858 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PEDRO DE SOUZA **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Úmero Direito Diáfise.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro e braço direito, limitação de mobilidade articular do ombro direito e deficit de força motora do membro superior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização gessada, não fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Antonio Pedro de Souza
 brasileiro(a), estado civil viúvo, profissão
apresentado, CI RG nº 152.069
 CPF/MF nº 343.137.534-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Daniel Francisco Tito, 10 Lt. 7 Q. 50,
 Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58919-000, telefone
83-99342-1170, 3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, 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.

Santa Rita, 30 de Dezembro de 20 17.

Antonio Pedro de Souza
 OUTORGANTE

3º OFÍCIO

COMPANHIA SEGUROS E REPARAÇÃO S/A
 30 NOV 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

OFÍCIO DE NOTAS
 OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA - PB
 Rua Siqueira Campos, 19 - Centro, Santa Rita - PB 58919-000
 Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
 ANTONIO PEDRO DE SOUZA
 Dns. R. Santa Rita/PB - 10/10/2017
 Tabelião Tel: Renum. Gonçalves Menezes
 Selo Digital: AFX09019-URBH
 Consulte a autenticidade em tabelaoficial.jpb.jus.br
 E-mail: RS.9.23-FARPEN-RS.0.27-NP-RS.0.15-PEP-RS.1.25