

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249853

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249853

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190249853**

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 00000053550-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

129.947.804-29 Beandro Moraes dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Faixa de Renda:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0904

CONTA: 053550 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

15 MAR. 2019

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que estou autorizado na sequência a prestar declaração e a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

129.947.804-29 Beandro Moraes dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Número:

Recuso

Cidade:

Bairro:

Complemento:

Rua Severino Manoel da Silva 62

E-mail:

Estado:

CEP:

João Pessoa

PB 58025-790

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0904

CONTA: 053550 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

15 MAR. 2019

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que estou autorizado na sequência a prestar declaração e a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190249853
Nome do(a) Examinado(a): Leandro Moraes dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Manoel da Silva, 62
Treze de Maio João Pessoa PB CEP: 58025-790
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3996364
Data local do acidente: [02/09/2018]
Data local do exame: [08/04/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA CIRÚRGICA DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 18/02/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

(X) Sim **Não**

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

(X) Sim **Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

- VII. Segundo 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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


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



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1º Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02689.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 02689.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:15 horas do dia 08 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Leandro Moraes dos Santos**, RG nº 3996364 SSDS/PB, CPF nº 129.947.804-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Silvana da Silva Moraes e Leonardo Monteiro dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/06/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Faustino, complemento apartamento 03, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98686-6788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ayrton Senna, Próximo Ao Mercadinho do Júnior, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/18 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

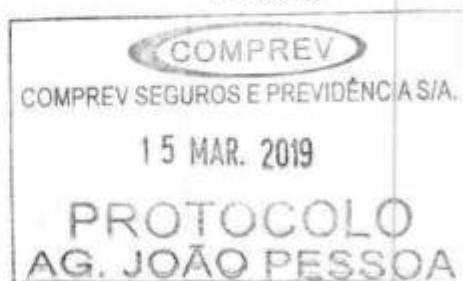
Que estava trafegando na moto HONDA/CG 125 FAN KS, com placa: QFA-0565/PB, chassi: 9C2JC4110ER726640, RENAVAM: 01005455101, registrada em nome de MICKERLON DA SILVA MORAIS, na av. Ayrton Senna, no sentido bairro Roger/Padre Zé, nesta capital, quando outro motoqueiro, que vinha no sentido contrário ao do notificante, ia tentar ultrapassar um carro, colidiu na moto conduzida pelo notificante, derrubando-o no chão. Relatou que foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo sido encaminhado para o hospital TRAUMINHA, no bairro Mangabeira, nesta capital, onde ficou internado (CERTIDÃO: 0111/2019, expedida pela médica Rosângela Medeiros Escórel Almeida,

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019.

LIELIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 02689.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1º Superintendente Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02689.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 02689.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:15 horas do dia 08 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Leandro Moraes dos Santos**, RG nº 3996364 SSDS/PB, CPF nº 129.947.804-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Silvana da Silva Moraes e Leonardo Monteiro dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/06/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Faustino, complemento apartamento 03, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98686-6788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ayrton Senna, Próximo Ao Mercadinho do Júnior, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/18 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

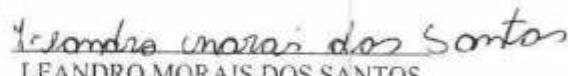
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

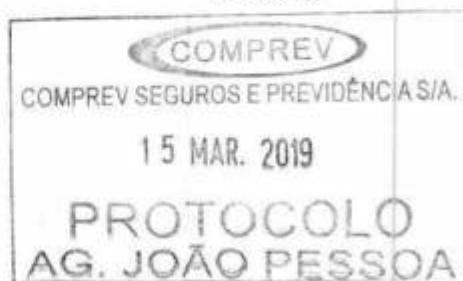
Que estava trafegando na moto HONDA/CG 125 FAN KS, com placa: QFA-0565/PB, chassi: 9C2JC4110ER726640, RENAVAM: 01005455101, registrada em nome de MICKERLON DA SILVA MORAIS, na av. Ayrton Senna, no sentido bairro Roger/Padre Zé, nesta capital, quando outro motoqueiro, que vinha no sentido contrário ao do notificante, ia tentar ultrapassar um carro, colidiu na moto conduzida pelo notificante, derrubando-o no chão. Relatou que foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo sido encaminhado para o hospital TRAUMINHA, no bairro Mangabeira, nesta capital, onde ficou internado (CERTIDÃO: 0111/2019, expedida pela médica Rosângela Medeiros Escórel Almeida,

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019.


LIELIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil


LEANDRO MORAIS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 02689.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

129.947.804-29 Beandro Moraes dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Número:

Recuso

Cidade:

Bairro:

Complemento:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58025-790

Tel.(DDD):

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 053550 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

15 MAR. 2019

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que estou autorizado a não serificá-la, sempre que a mesma concordar com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

129.947.804-29 Beandro Moraes dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Número:

Recuso

Cidade:

Bairro:

Complemento:

João Pessoa

Estado: PB CEP: 58025-790

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0904

CONTA: 053550 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

15 MAR. 2019

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que estou autorizado a não serificá-la, sempre que a mesma concordar com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CERTIDÃO

Nº. 0111/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 159716 e Prontuário nº 2018.09.000195 pertencentes a **LEANDRO MORAIS DOS SANTOS** dia 02/09/2018 às 22H22min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em perna direita.

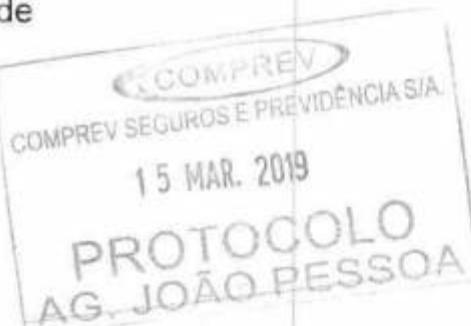
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/09/2018 com alta médica dia 05/09/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB.3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000053550-4

Nr. da Autenticação CF485537CD1A9829

SILVANA DA SILVA MORAIS
RUA SEVERINO MANOEL DA SILVA, 62 / AP 103 - FADRE ZIE
JOAC PESSOA / PB CEP: 58025-790 (AD: 11)
Emissao: 07/02/2010 Referencia: FV-1011
Classe/Subs: RESIDENCIAL 1 BANHA REINAC MONOFAMILIAR
Rteiro: S - 030-3700

energisa

ENERGIA FERROVIARIA SISTEMAS S.A.S/A
Km 25, Cisne Redentor, José Bonifacio - CEP 45110-000
CEP 100-000-1000001-4 - Fone: 41-41-00-00-00

Coz. park DES. Automatice 00013563093

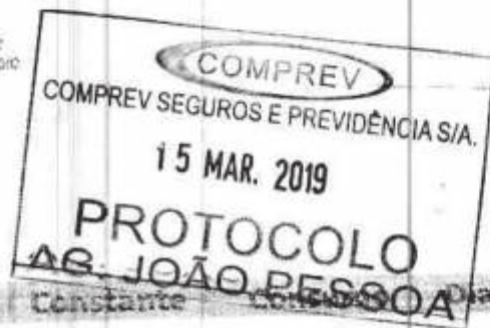
Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 383 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	07/02/2019	11/03/2019	056.580.354-90

UC (Unidade Consumidora): 5/1356309-3

Canal de contato

- Tenta Social de Energia Elétrica - TSEE facultado de nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Ao perceber fuzes dos postes e acesas durante o dia e noites escuro a noite, informe a prefeitura da sua cidade ou bairro de imediato. Faça a denuncia anônima do muncípio e de todo cidadão.



Anterior		Atual		Constante		Projeção	
Data	Leitura	Data	Leitura				
10/01/19	7310	07/02/19	7412			100	
Demonstrativo							
CCO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alt. Imed(R\$)	Base Calc. Proj(R\$)
			Total(R\$)	Total(R\$)	ICMS	ICMS	ICMS
0601	Consumo 0 a 300kWh-BR	30.000	0,249640	7.489	548,27	251	527
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,493631	34.521	24.27,27	9.17	51.7
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	2.000	0,724520	1.450	1.16,27	496	1.496
0610	6 resid			45.159	42.19,27	18.78	42.7
LANCHAMENTOS E SERVIÇOS							
0601	CONTRIB SERV P/UM PÚBLICO			17	0,00	0	0,0
0603	CUSTO DE RELIGAÇÃO NORMAL 07/2018			1,24	0,00	0	1,24
0604	JUROS DE MORA 11/2018			0,41	0,00	0	0,41
0604	JUROS DE MORA 12/2018			0,40	0,00	0	0,40
0605	MULTA 11/2018			0,99	0,00	0	0,99
0605	MULTA 12/2018			1,20	0,00	0	1,20

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ARISTIDE FIDELIS DA COSTA QUARTA 1571 SALA 05 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58055-004 (AD-1)



Emissao: 21/01/2019 Referencia Jan/2019
Classificacao: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Rastro: 12-5-292-450 N°medida: 0036887536

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
B120, KM 35 - Distrito de Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58057-030
CNPJ 05.160.100/0001-40 - Inscrição 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Bárata N° 0019324751
Criação para Data Automática: 0001/00000001
Criação para Data Automática: 0001/00000001

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato:
Quer reduzir a conta de luz? Aqui há dicas e conselhos: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve e pasteis e ilumine as ruas, passare de uma só vez e não se esqueça de fechar as portas e janelas para os animais.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/12/18	Lectura 5618	Data 21/01/19	Lectura 5738	1 221 33

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base CCN	Alq. ICP-RE	ICMS	ICMSF	FGV	Outros	
0001	Consumo em kWh	221.000	kWh	164,17	164,17	35	46,04	164,17	1,89	3,10

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CCN	CONTROLE SERV LIMP PÚBLICA	11,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-----	----------------------------	-------	------	------	------	------	------	------	------

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

CCN Código de Classificação do item TOTAL 165,22 164,17 46,04 164,17 1,89 3,10

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

161 28/01/2019 R\$ 195,22

Historico de Consumo (kWh)

01	120	14	180	1221	1223	107	120	192	124	122	122
JAN/19	Fevereiro	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agosto/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVADO AO FISCO

85f1.6911.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932

Informações de Operação e/ou Prestação

Período	Límites de Anel	Aplicado	Límite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
01 MENSAL	5,10	0,00	NOMINAL	serviços de Distribuição de Energias P/3	46,94	43,08
02 TRIMESTRAL	10,20	0,00	NOMINAL	serviços de Energia	12,14	11,01
03 ANUAL	20,77	0,00	NOMINAL	serviços de Transmissão	2,21	2,05
04 MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA	encargo de serviços	10,65	9,46
05 TRIMESTRAL	6,47	0,00	LIMITE INFERIOR	impostos e outras despesas	22,29	20,89
06 ANUAL	12,95	0,00	LIMITE SUPERIOR	outros serviços	0,00	0,00
07	2,50	0,00		Total	195,22	100,00

Vencimento: 28/01/2019 R\$ 195,22

ATENÇÃO

Faturas em atraso

* Leitura confirmada

UF: Paraíba VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Rua: 12 - 5-292-450 28/01/2019 R\$ 195,22

Matrícula: 1636858-2019-01-0 83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



SILVANA DA SILVA MORAIS
RUA SEVERINO MANOEL DA SILVA 121 AP 103 - PADRE ZIB
JOÃO PESSOA / PB CEP 58010-200

Entrevista 07/02/2010 Referencia Pef-1261
Classe/Subclasse RESIDENCIAL-BANCA RESIDENCIAL
Roteiro 5 - 330 - 3700

energisa

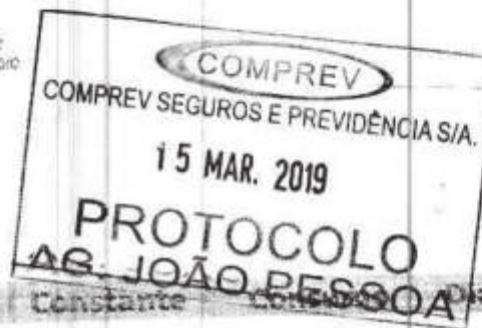
ENERGIA FAPERIBA - USTRA/ALTO - LEITE - PASA/SIA
KM 25, Largo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58100-000
CEP 58000-000 - Fone: (83) 3201-4700 - Fax: (83) 3201-4700

Cod. para DES. Automatice 00013563093

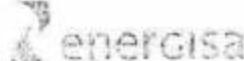
Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 383 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	07/02/2019	11/03/2019	056.580.354-90 null
UC (Unidade Consumidora):			5/1356309-3

Canal de contato: www.observatorio.org.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ARISTIDE FIDELIS DA COSTA QUARTA 1571 SALA 06 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58055-904 (AD-1)



Emissao: 21/01/2019 Referencia Jan/2019
Classificacao: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Rastro: 12-5-292-450 N°medida: 0036887536

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
B120, KM 35 - Distrito de Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ 05.160.100/0001-40 - Inscrição 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Buletins N° 0192524751
Criação para Data Automática: 0001/00000001
Criação para Data Automática: 0001/00000001

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato:
Quer reduzir a conta de luz? Aqui há dicas e conselhos: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve e pasteis e ilumine as ruas, passare de uma só vez e não se esqueça de fechar as portas e janelas para os animais.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/12/18	Lectura 5618	Data 21/01/19	Lectura 5738	1 221 33

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base CCN	Alq. ICP-SE	ICMS	ICMSF	FGV	Outros	
0001	Consumo em kWh	221.000	kWh	164,17	164,17	35	46,04	164,17	1,89	3,10

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CCN	CONTROLE SERV LIMP PÚBLICA	11,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-----	----------------------------	-------	------	------	------	------	------	------	------

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

CCN Código de Classificação do item TOTAL 165,22 164,17 46,04 164,17 1,89 3,10

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

161 28/01/2019 R\$ 195,22

Historico de Consumo (kWh)

01	120	14	180	1221	1223	107	120	192	124	122	122
JAN/19	Fevereiro	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agosto/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVADO AO FISCO

85f1.6911.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932

Informações de Operação e/ou Prestação

Período	Límites de Tensão (V)	Aplicado	Límite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
01 MENSAL	5,10	0,00	NOMINAL	serviços de Distribuição de Energia Elétrica	16,94	10,08
02 TRIMESTRAL	10,20	0,00	NOMINAL	serviços de Distribuição de Energia Elétrica	12,14	7,31
03 ANUAL	20,77	0,00	NOMINAL	serviços de Distribuição de Energia Elétrica	21,21	12,58
04 MENSAL	32,23	0,00	CONTRATADA	encargo de serviços	10,65	5,46
05 TRIMESTRAL	64,47	0,00	LIMITE INFERIOR	impostos diretos e indiretos	33,29	24,09
06 ANUAL	128,95	0,00	LIMITE SUPERIOR	outros serviços	0,00	0,00
07	25,50	0,00				
08	17,22	0,00				
				Total	195,22	100,00

Vencimento: R\$ 195,22 (R\$ 0,00)

ATENÇÃO

Faturas em atraso

* Leitura confirmada

UF: Paraíba VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Rua: 12 - 5-292-450 28/01/2019 R\$ 195,22

Matrícula: 1636858-2019-01-083690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Beandro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947 804 / 29
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Beandro dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

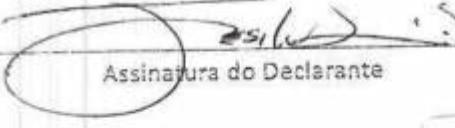
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>357</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:				CEP: <u>58056-384</u> Tel.(DDD): _____

Local e Data:

João Pessoa - PB 15/03/19

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455536024,91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Beandro Morais dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947804,29,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Beandro Morais dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947804,29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

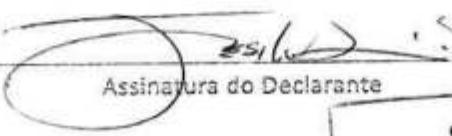
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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:	<i>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</i>	Número:	<i>157</i>	Complemento:
Bairro:	<i>Parangabeira</i>	Cidade:	<i>João Pessoa</i>	Estado: <i>PB</i> CEP: <i>58056-384</i>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: *João Pessoa - PB 19/03/2019*

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455536024,91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Beandro Morais dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947804,29,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Beandro Morais dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947804,29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

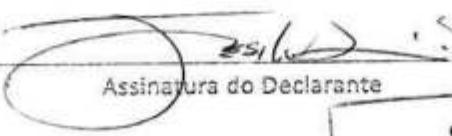
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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:	<i>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</i>	Número:	<i>157</i>	Complemento:
Bairro:	<i>Parangabeira</i>	Cidade:	<i>João Pessoa</i>	Estado: <i>PB</i> CEP: <i>58056-384</i>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: *João Pessoa - PB 19/03/2019*

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Richerlon da Silva Moraes,

RG nº 3381907, data de expedição 30/05/14,

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 078.177.054-88, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedro Iavá, nº 994,

complemento Cara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Leandro Moraes dos Santos cujo o condutor era Leandro Moraes dos Santos

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FAN

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2014

Placa: QFA0565/PB

Chassi: QC28C4150ER726640

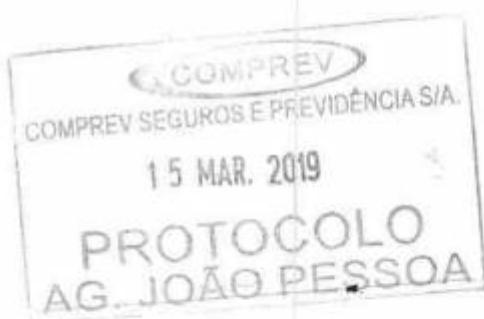
Data do Acidente: 02-09-18

Local e Data: João Pessoa, 08-03-19

Richerlon da Silva Moraes

Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Richerlon da Silva Moraes,

RG nº 3381907, data de expedição 30/05/14,

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 078.177.054-88, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedro Iavá, nº 994,

complemento Cara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Leandro Moraes dos Santos cujo o condutor era Leandro Moraes dos Santos

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FAN

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2014

Placa: QFA0565/PB

Chassi: QC28C4150ER726640

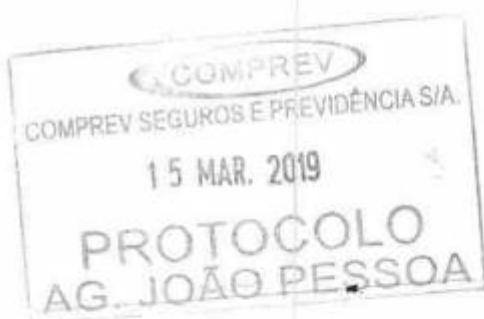
Data do Acidente: 02-09-18

Local e Data: João Pessoa, 08-03-19

Richerlon da Silva Moraes

Assinatura do Declarante

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



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ONTOLOGIA: Pox co rasa no naus corvo corvo
em PED. Rx a Pox o. PED; corvo si dr

Co: 2011m curvo plura lura

HC: lura co baixa o PED

Co : do B Cidur.

DR. M.
Dra. C.
185
1030

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Katia Vazquez da Silveira

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/09/2018

Nome: Isa m Maro 23 de 80 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Isa m Maro 23 de 80

HDA: Isa m Maro 23 de 80

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurico []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 []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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 PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lia dos Reis</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>03/09/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Thales Farias</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO - <u>Lia dos Reis com 3800g e 5-7-26F</u> - <u>Lia dos Reis com 3800g e 5-7-26F</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO + <u>Examen comum articulatum et cruris extremitatis</u> + <u>Lia dos Reis com 3800g e 5-7-26F</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <u>Urope + Doblizante + Tonelando</u>					

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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: _____

Hipóteses Diagnósticas: *LTS 25 para var o po o*Conduta: *L - po o t sus*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1/ Pac. ♂ 00 6.109 005, 00 m
2/ Abdominal, assento 5 mm
3/ Mastádo 20 mm 01

Incisão:

4/ Anel 20 mm 5
5/ 35 mm 02

Achados:

6/ Adeno 155 g 10 mm 20 g.
7/ PDI e SPP
6/ Fecho branco branco ossos e
nervos e um geloso o sopro

Conduta:

7/ Urtiga 2-ros com 5
8/ Fecho e 50 mm 20 g.
8/ Fecho 10 40 mm 20 mm 02 g.
9/ Sutura 10 mm
10/ Urtiga 2-ros 20 g.

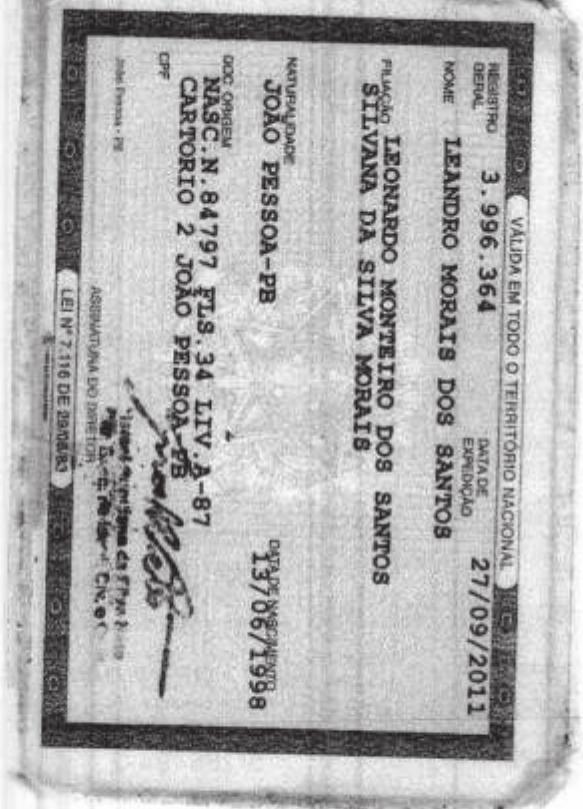
Fechamento:

OBS:

Dr. Tiago P. P. Duarte
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 6789

Data: 07/09/19

MÉDICO/CRM



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

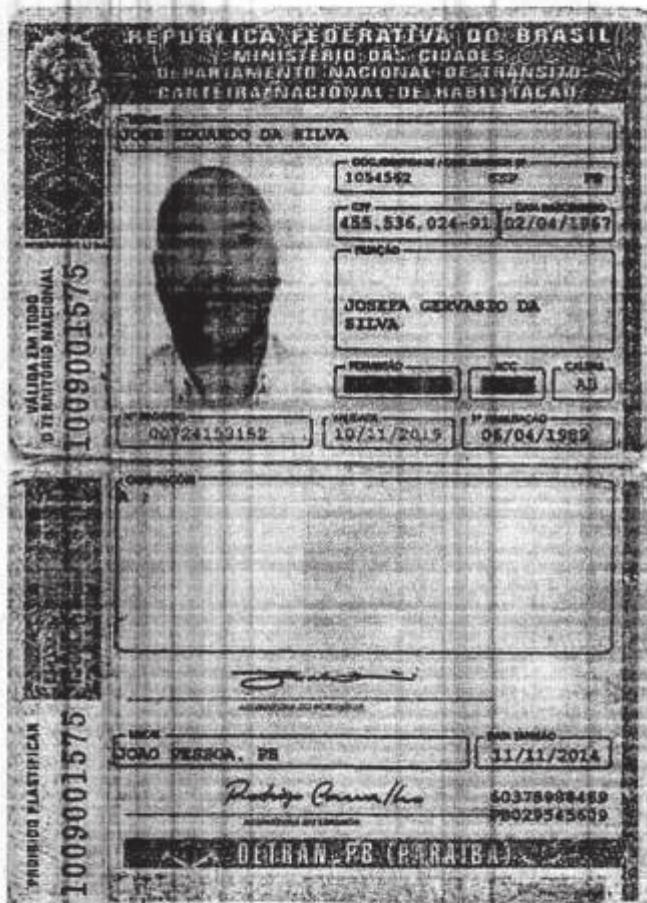
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

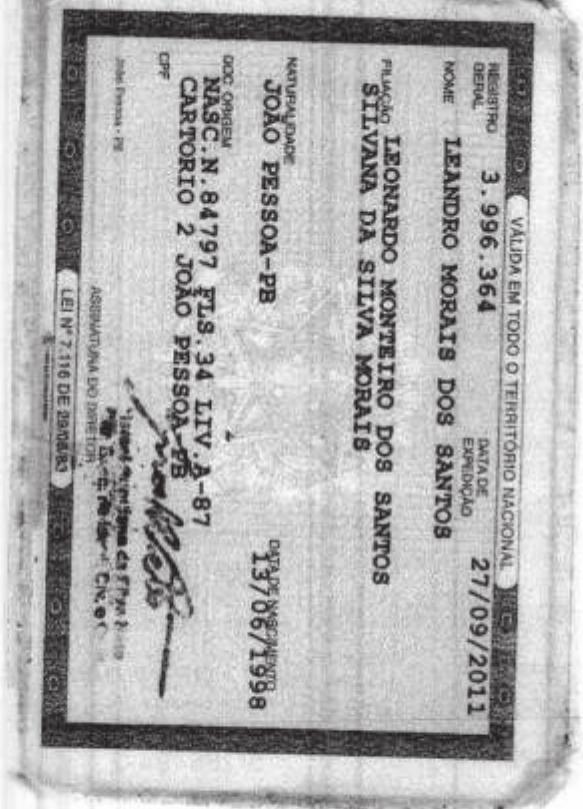


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





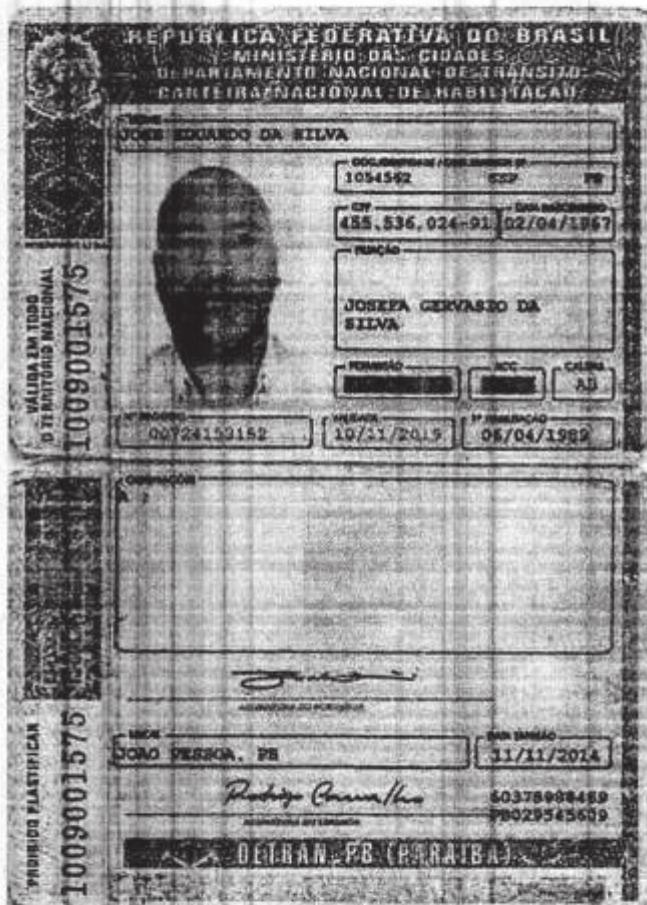
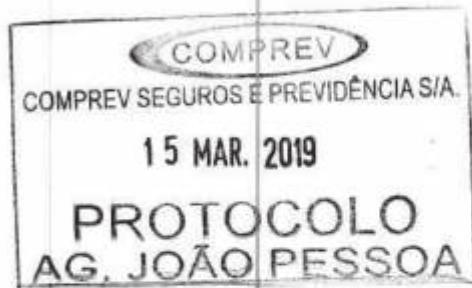
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249853 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TIBIA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249853 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TIBIA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leandro Moraes dos Santos,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
Autônomo, CI RG nº 3.996.364,
CPF/MF nº 19.947.804-29, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Senhorino José do Nascimento 87,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG
sob o nº 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 Mangabeira, 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.

COMPREV SE - SUSE PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2019

→ Leandro Moraes dos Santos

OUTORGANTE



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 86.870/0

Av Presidente Epitácio Pessoa, 116 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58020-001 | www.cartorioazevedo.com.br - Tel: (83) 3744-5884 - Fax: (83) 3744-5884

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.

João Pessoa, treze de Fevereiro de doze mil e dezenove

Em Teste de verdade.

Marília Nepomuceno Azevedo, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização - Tipo AIE40003-FK03

Confira os dados do selo em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Bracandu Monais dos Santos, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Automóvel, CI RG nº 3.996.364, CPF/MF nº 19.947.804-29, residente e domiciliado(a) à Rua R. Seixas José do Nascimento 87, Cidade de São João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58000-000, telefone 98663-4900, 99342-1170.

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 Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, 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.

COMPREV SE - COUSE PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

João Ressos, 13 de fevereiro de 2019

→ membro morir dos santos

OUTORGANTE



CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS

OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.874-0

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS
e qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, traze de Fevereiro de dois mil e dezessete.

João Pequeno, treze de Fevereiro de
Em Terezópolis de verdade.

Em Teste de verdade.
Mauricio Nevesmuceno Azevedo, Escrivão - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização - Tira AIE40003-FK03

Salvo Digital da Fiscalização - tipo AIE400009-FR03

Confira os dados do artigo: <https://doi.org/10.1007/s00335-019-01010-0>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089795/19

Número do Sinistro: 3190203015

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

CPF: 129.947.804-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089795/19

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

CPF: 129.947.804-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS : 129.947.804-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

JOSE EDUARDO DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE