

---

**Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190573502**

**Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

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.**

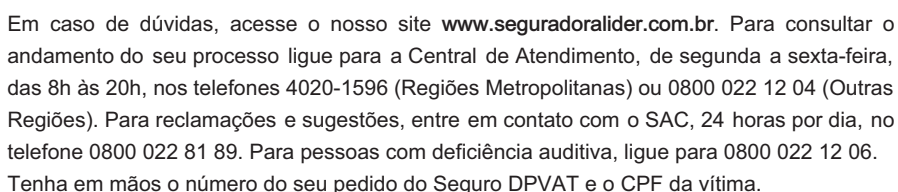
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000037868-1

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 708.415.424-81 Nome completo da vítima: Benilton Lucas Vicente Pires  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Benilton Lucas Vicente Pires CPF: 708.415.424-81  
Profissão: motorboy Endereço: R. Manoel Rodrigues de Lacerda Número: 108 Complemento: casa  
Bairro: Gramame Cidade: São Paulo Estado: P. 3 CEP: 58059732  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 83-99924283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL: ☒ RECURSO 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 339681  
(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 Líder 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  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Víctima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Víctima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não Víctima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: São Paulo 19-09-2019  
Nome: Benilton Lucas Vicente Pires  
CPF: 708.415.424-81

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10825.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 18 de setembro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Lenilton Lucas Vicente Pires, RG nº 4131181 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Luciana Vicente da Silva e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Rodrigues de Lacerda, Nº 108, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2381.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

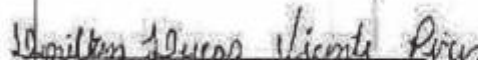
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

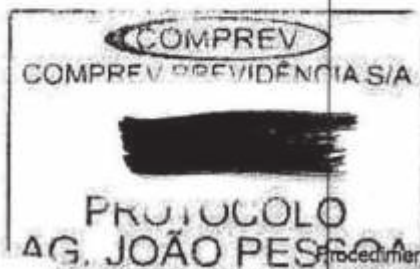
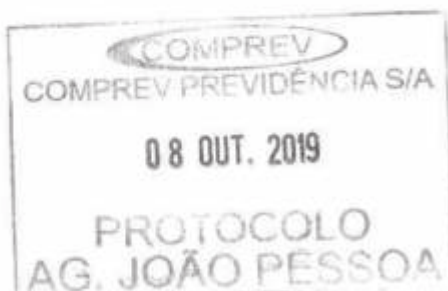
QUE, segundo o declarante no dia 14/12/2018 por volta das 16:00 horas quando transitava, pelo bairro de Mangabeira VIII - próximo ao Mercado Central, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSC2165/PB CHASSI: 9C2KC2200JR160878 pertencente ao Sr. José Junior Vicente da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/que evadiu-se do local colidiu na traseira da moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITTY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0552/2019, FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA CRM 2959/PB.

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

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
LENILTON LUCAS VICENTE PIRES  
Noticiante



Procedimento Policial: 10825.01.2019.1.00.401





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 708.415.424-81 Nome completo da vítima: Benilton Lucas Vicente Pires  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Benilton Lucas Vicente Pires CPF: 708.415.424-81  
Profissão: motorboy Endereço: R. Manoel Rodrigues de Lacerda Número: 108 Complemento: casa  
Bairro: Grammahe Cidade: São Paulo Estado: P. 3 CEP: 58059732  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 83-99924283

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL: ☒ RECURSO 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (504)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 339681  
(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 Líder 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  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: São Paulo 19-09-2019  
Nome: Benilton Lucas Vicente Pires  
CPF: 708.415.424-81

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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



- Sbt 5.000 UI - Im  
- Supplendo DS. + SPAS. 200mg - TU 7/15  
Ronney A. Braga dos Santos  
Médico Cirurgia Geral  
CRM-PB 8572  
- SPAS. 100mg + Dexamet 100mg - TU 7/15



14/12/18 17:22h | Oniporia #

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Paciente Jma de Aguiar Monica  
Apresentando dor e furo na pi (E)  
Ao exame físico na base, furo  
na região dorsal do ps (D) e s-  
zonosia. Exame dos dentes

Medicamentos prescritos em

de 2, 3, 4, 5 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qdet Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CO. Ao SC. 9/ 70

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

COMPREV

PROCEDIMENTO REALIZADO

08 OUT. 2019

RECEITUÁRIO

AG. JOAO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVC

Envelha nathalia Evangelista da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo d



# 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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037868-1

---

Nr. da Autenticação 4C0B3FD4B5F72C6C

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Bolero para setores pagadores de nota fiscal de energia elétrica: N° 030.803.200



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.086.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.833-6

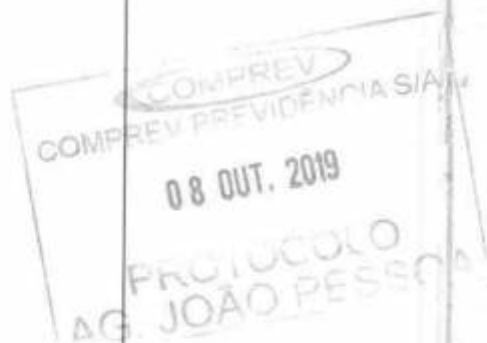
<b>DADOS DO CLIENTE</b>
LUCIANA VICENTE DA SILVA
RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427
JOAO PESSOA

<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>
5/1211526-7

<b>REFERÊNCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
SET/2019	11/09/2019	177	16/10/2019	R\$ 148,36

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 00474.278173 4 80440000014836				
Pagador: LUCIANA VICENTE DA SILVA CNPJ/CPF: 013.857.254-27				
RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000474278	001211526201909	16/10/2019	R\$ 148,36	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-via de conta.

Recibo para serviços prestados na rede de distribuição de energia elétrica. Nº 028.181.504



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
R. 225, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.916.823-8

## DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
AV JOAO MACHADO 553 SL 127  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

08/08/2019

## CONSUMO

144

## VENCIMENTO

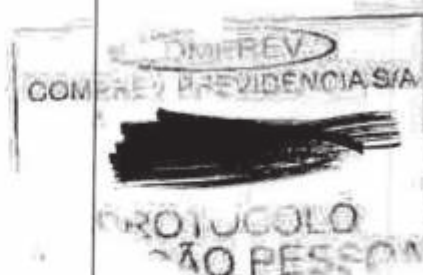
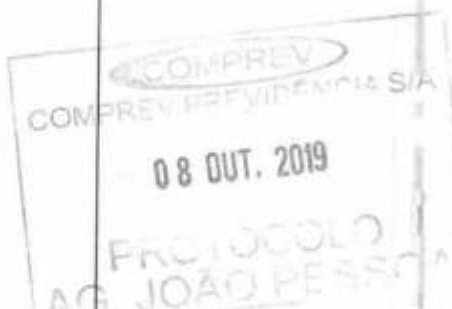
15/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 130,20

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019</b>				
Pagador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 056.310.284-08				
AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
	001313928201908	15/08/2019	R\$ 130,20	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário:				



### 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/SIBUOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, este recuso é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 99.613/96.

Pelo exposto, eu GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hamilton Lucas Vicente Pires Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.415.424 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da vítima Hamilton Lucas Vicente Pires

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.415.424 / 81, 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 de comprovante de residência do endereço informado. Esteu ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. JOÃO MARINHO</u>	Número: <u>553</u>	Complemento: <u>SAA 127</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58000-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99921-9283</u>

Local e Data: JOÃO PESSOA, 09 DE SETEMBRO DE 2019

Giullyana Flávia de Amorim Nobrega  
Assinatura do Declarante





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA

RG nº 2101822, data de expedição 26/05/98, Órgão SSP-PB,  
portador do CPF nº 024.958.404-26, com Domicílio na  
cidade de J. PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Entrada) R. ELISIO HENRIQUES Nº 158 J. AMÉRICO  
nº 158, complemento cora, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Bernilton Lucas Vicente Pires  
cujo o condutor era \_\_\_\_\_

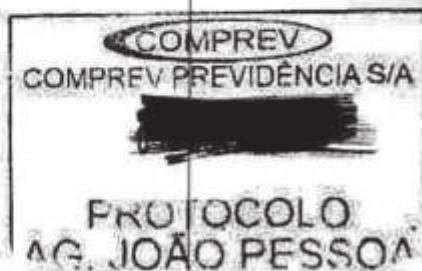
Veículo: Passimotocycle / Nao APL 18  
Ano: 2018  
Modelo: Honda / cc 160 FAN  
Placa: A SP 21651 PB  
Chassi: 9P2KE2200JR160878  
Data do acidente: 14/12/2018

Local e data: 14 - 12 - 2018

JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Nielsen aze

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status







# MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Nome: **LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

Convênio: **PARTICULAR**

Médico Solicitante: **REQUISIÇÃO PRÓPRIA**

## ULTRASSONOGRRAFIA DO PÉ DIREITO

Pele e tecido celular subcutâneo de aspecto habitual.

Fáscia plantar de espessura e aspecto normais.

Tendões extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos apresentando ecotextura heterogênea, com predomínio de hipocogenicidade difusa, espessamento e perda da continuidade de suas fibras, mais evidente no 2º e no 3º, que apresentam respectivamente 1,6 mm e 1,8 mm de distância entre os cotos tendíneos, associados a edema de partes moles e derrame articular adjacentes.

Tendões do flexor longo e curto dos dedos de espessura e ecotextura normais.

Ausência de massas e coleções.

### CONCLUSÃO:

- Tenossinovite dos extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos.
- Rotura completa dos tendões extensores do 2º e 3º pododáctilos.
- Rotura parcial do tendão extensor do 4º pododáctilo.


COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2019

João Pessoa, 05 de Junho de 2019

  
DR. Thiago Bertoni Marchito  
CRM - 7531 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB

Dr. Henrique Queiroga Cartaxo - CRM 4146-PB

Dr. Italo Miranda Pereira - CRM 5806-PB

Dr. Marcílio Mendes Cartaxo - CRM 2044-PB

Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB

Dr. Océlio Queiroga Cartaxo Filho - CRM 5056-PB

Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450

Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101

Tel.: (83) 3247-3111

www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

OME: <b>LENILTON LUCAS VICENTE PIRES</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 20 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 02/01/2019		DATA DE ALTA: 26/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO DIREITO</i>				CID <i>S.92</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				08 OUT. 2019	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do Pé esquerdo demonstrando solução de continuidade óssea de metatarso</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) NÃO MELHORADO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO do pé direito submetido(a) a tratamento CIRÚRGICO ATRAVÉS DE REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>AINES + ciprofloxacino</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. ALISSON)					
26/01/2019 DATA					
ASS. MÉDICO / C.R.M.					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Edson de Paiva  
Clínico  
CRM 1101



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Uenilton Lucas  
Vicente Pires.

Paciente submeti-  
do a Tratamento  
Cirurgia de fatura  
grave de múltiplos  
metatarsos Pi Din.  
há 3 meses. Evolu-  
ção com fatura consolidada  
e dor com limitação  
funcional no pé dir.  
Recebe alta ambula-  
torial.

Assinatura e Carimbo

U10 5923  
22/03/19.

Dr. Anderson F. F. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 478 6813/RS RQE 17806  
SSOT 2014





## CERTIDÃO

Nº. 0552/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190255 e Prontuário nº 2018.12.001644 pertencentes a **LENILTON LUCAS VICENTE PIRES** que foi atendido dia 14/12/2018 às 16H46min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/12/2018 com alta médica dia 26/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de abril de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> M	<b>Cor:</b> P	<b>Clínica:</b> ORT	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b> 14/12/18	<b>Cirurgião:</b> GUTHERSIRG			<b>1º Assistente:</b>	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b> FILLIARD	
<b>Anestesista:</b> Robert Pe		<b>Tipo Anestesia:</b> Rápid		<b>Horário:</b> I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
ferimento traumático no punho, do 1º e 2º dedos e parte da extensão do 1º dedo da mão esquerda					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
do 1º  7 Dias					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
Limpeza + desbridamento do ferimento e fechamento do 1º e 2º dedos e parte da extensão do 1º dedo da mão esquerda					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim 2 ( ) Não	<b>Descreva:</b>	
Biópsia de Congelação:			1 ( ) Sim 2 ( ) Não		
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Do paciente anestesiado com sedação  
a anestesia é mantida com o paciente  
deitado no plano de decúbito dorsal  
o campo operatório

Incisão:

Excisão de 2x6 cm na região

Achados:

Presença de 1/2 de fente  
extensão de 1/2 de fente

Conduta:

Sutura de fente com 4-0  
e 3-0 extensões de 1/2 de fente

Fechamento:

Sutura de fente com 4-0  
e 3-0 extensões de 1/2 de fente

OBS:

Data: / /

Dr. José Telenberg C. da Lima  
033 004728  
Hospital Unimed PB

MÉDICO/CRM



AT 24/401

## TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Benilton Lucas Vicente Pires  
pessoa responsável pelo(a) paciente, O mesmo  
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e  
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.  
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o  
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo  
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

Obs: Paciente orientado quanto aos riscos,  
decorrente do seu ato, assumindo inteira  
responsabilidade pelo seu ato.  
O mesmo saiu acompanhado de sua esposa  
Márcia, em 29/12/2018  
Assinado

Obs: O mesmo diz que vai fazer a cirurgia  
Particular.

x Benilton Lucas Vicente Pires  
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

RG: 4131.181 SSP.B.

x Enidym Nathalia Evangelista dos Santos  
Assinatura do (a) Funcionário (a)  
Companheiro.



**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

**LEILTON LUCAS VIEIRA FERREIRA**

**1631895073**

**06292540117**

**26/01/2019**

**26/01/2019**

**JOÃO PESSOA, PE**

**PARAIBA**

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**08 OUT. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/10/2019

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190573502

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

**Data do acidente:** 14/12/2018

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



# PROCURAÇÃO

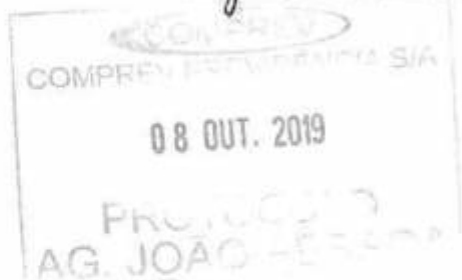
**Outorgante:** Lenilton Lucas Vicente Pires, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Edna de Oliveira nº 107, bairro Alto do Mateus, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 4.131.181, SSP/ PB e CPF nº 708.415.424-81

**Outorgado:** Giulliana Glávia de Almeida Móbrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Manoel, nº 553, bairro centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 2668291, SSP/ PB e CPF nº 011-197.984-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Lenilton Lucas Vicente Pires, ocorrido em 14.12.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Involuntário

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 19 de junho de 2019



Lenilton Lucas Vicente Pires **CARTÓRIO**  
Outorgante **VIEIRA BATISTA**  
CPF nº 708.415.424-81

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

**CPF:** 708.415.424-81

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 14/12/2018

**Titular do CPF:** LENILTON LUCAS  
VICENTE PIRES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

### LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

**Número do Sinistro:** 3190573502

**Vítima:** LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

**CPF:** 708.415.424-81

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 14/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LENILTON LUCAS  
VICENTE PIRES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



( / )



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190573502 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF/CNPJ: 70841542481

## Posição em 09-03-2020 10:42:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6TmEoTUoa94hAm__api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=">📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6TmEoTUoa94hAm__api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=)</a>
20/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qR+3o48qxrD3agkvNCapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=">📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qR+3o48qxrD3agkvNCapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=)</a>



11/10/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qrCCNmO1TXHG__Lapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qrCCNmO1TXHG__Lapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=</a> )
11/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___V0___3tU+xE___d___Papi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___V0___3tU+xE___d___Papi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=</a> )



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.consumidor.gov.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)  
l%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)