



01/07/2020

Número: **0801095-70.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31967981	01/07/2020 14:59	2731096_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Nº Sinistro: 3180366739

Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Data do Acidente: 03/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180366739**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13224892

Pag. 01893/01894 - carta_01 - INVALIDEZ



00010947



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
Nº Sinistro: 3180366739
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
Data do Acidente: 03/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180366739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando
página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00967/00968 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13227435





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

085.835.964-25

Nome completo da vítima

Francisco Irlanio de Souza Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Irlanio de Souza Leite	085.835.964-25	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Edgar Gomes	314	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Aguian	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
sertas.assessoria@hotmail.com	58.778-000	83 99947152/99697834

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRQ.	D/V
		0634	3
		(Informar dígito se existir)	
		CONTA NRQ.	D/V
		18506	X
		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Haprança 19 de março de 2018.

Local e Data

X Francisco Irlanio de Souza Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 808 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 03 / Julho / 2017 . HORAS 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE, brasileiro, Paraibano, Casado, Motorista, nascido no dia 16.11.90, filho de Ivan Alves Leite e Francisca Xavier de Souza Leite, RG 3.443.807/PB e CPF 085.835.964-25, residente na Rua Edgar Gomes s/n centro Aguiar/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, circulava pela Rodovia que liga Igaracy à Aguiar/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 125 TITAN ES, cor Azul, Ano 2000, Placa MOG6448/PB e chassi 9C2JC302OYR046110, em nome de ALESSANDRO NOBRE SARMENTO e em um trecho desta Rodovia, precisamente em uma curva perdeu o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido por populares para o Hospital Regional Wenceslau Lopes em Piancó/PB.

16 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Francisco Irlanio de Souza Leite
Notificante/Vítima.

Itaporanga (PB), 08 / Dezembro / 2017.

ESCRIVÃO:

Fco. S. Rodrigues
ESC. POLICIA / DRT. 69154
CHEFE DE CARTA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Irlanio de Souza Leite

CPF da Vítima

085.835.964-25

Data do Acidente

03/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sertao.sucessoia@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996978811

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Apucaranga 19 de Março de 2018

Local e Data

Francisco Irlanio de Souza Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
PILANCO - PB

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Cnes: 2600331 CNPJ: 08.778.268/0031-86
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPINO FILHO, 302
CIDADE: PILANCO 58765-000 ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA
Paciente: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
Mãe: FRANCISCA XAVIER DE SOUZA LEITE
Pai: IVAN ALVES LEITE
Nascimento: 16/11/1990 Idade: 26 Cor: BRANCA Sexo: M
Profissão: MOTORISTA
Endereço: EDGAR GOMES
Bairro: CENTRO
Cidade: AGUIAR - PB - 58778-000 - 2500205
Naturalidade: AGUIAR - PB
CNS: 706-0013-7041-8540
CPF: 706-0013-7041-8540
Data / Hora: 03/07/2017 12:28:06
Ficha Número: 22196 11659

Identidade: 3443807
Reg. Nasc.:
Recepção: THAYSA

PESO: PA: TEMP.:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exames realizados na unidade (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO
☐ 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSIC

PROCEDIMENTO Descrição
Anex. Autopsia
Imat. de Arterio.

DIAGNÓSTICO
Inf. de Arterio.

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO
☐ INTE
☐ OUT

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	030	196	000	91
2.	030	196	000	91
3.				

Ass. dos Profissionais Assistentes - carmbos

Médico / Crm / Cnt

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carmbos

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO

Polag



O paciente Maria e Agostinho,
médico de família para o paciente
levar fiz a orientações que
não pode, mas ele disse que
liberamos que se responsabilizar
médico Dr. Guilherme.

Maria da Silva F. Souza
Enfermeira
COREN-PB 238084
555.705008298331856



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:	06/09/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.080,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000000018506-X

Nr. da Autenticação 9165BD3012150BF0



FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
RUA EDGAR GOMES, S/N - CENTRO
AGUIAR / PB CEP: 58778000 (AQ. 144)

Emprego: 15/03/2018 Referência: Mar / 2018
Cidade/Supl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-250, Km 25 - Cndto. Renterio, João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Rc. ora. B-149-403-9585 NR medidor: 0003697754

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.100/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 03 560 019
Cód. para Dth. Automático: 0001620721

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Mar / 2018 15/03/2018 16/04/2018 8583596425
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1626072-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002.
- Furtos de energia e a meter roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. É ainda prejudicial à quem não faz o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pois causa queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê de impulso para a transmissão de dengue, Zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/03/18	7288	15/03/18	2484	1	198	29
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Icm (R\$)	Base Calc. F. (R\$)
				Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
				Pot. (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,344540	7,34	7,34	0,04
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419800	29,39	29,39	0,20
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	98,000	0,229940	22,53	22,53	0,42
0810	Subsídio	43,08	43,08	0,00	43,08	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	12,34	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MOROSIDADE	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2018	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-28,80	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 129,93 141,21 28,20 141,51 0,65 4,61

Média últimos meses (kWh) 217 VENCIMENTO 22/03/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 126,93

Histórico de Consumo (kWh)

119 | 102 | 100 | 329 | 330 | 244 | 212 | 242 | 226 | 296 | 221 | 218
Mar17 | Abr17 | Mai17 | Jun17 | Jul17 | Ago17 | Set17 | Out17 | Nov17 | Dez17 | Jan18 | Fev18

RESERVADO 65 Bytes
67ca.18c7.aa96.6ae7.2436.0cdd.f648.3958.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - Paro

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	8,87	1,64	NOMINAL
DIMENSIONAL	12,74		220
DIMENSIONAL	27,48		
DIMENSIONAL	3,87	1,00	CONTRATADA
DIMENSIONAL	7,35		202
DIMENSIONAL	14,75		
DIMENSIONAL	3,97	1,64	LAJES SUPERIORES
DIMENSIONAL	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Emprego de Cust. da Energia/PS	20,09	20,09
Emprego de Energia	30,34	30,34
Emprego de Transmissão	4,00	4,00
Emprego de Distribuição	1,92	1,92
Impostos Diretos e Encargos	28,70	28,70
Outros Serviços	0,90	0,90
Total	126,93	100,00

Valor do B.O. (Ref. 1/2018) R\$ 41,12

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, já reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 28,80.

Faturas em atraso

Jul/17 5985,21



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 56 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 56700000 (AQ 154)

Emissão: 09/02/2018 Referência: Fev / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25, Chão Favelado - João Pessoa / PB - CEP 56071-200
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3080 Nº medidor: 0000620001

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.785.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal: 00000276634
Cód. para Data Automática: 00000276634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3824706409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

- Levou choque na chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/01/18	8994	09/02/18	9950	1	75	26

Demonstrativo							
Código	Descrição	Quantidade	Tarifa 2	Valor Base Calc.		Alíq. (R\$)	
				Valor Base Calc.	Alíq. (R\$)	Valor Base Calc.	Alíq. (R\$)
Tributos Totais (R\$)				Por Consumo (R\$) (1,1282%) (2,1844%)			
0801	Consumo em kWh	75,000	0,720230	54,01	54,01	13,93	54,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,16	0,00	0	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2018			0,06	0,00	0	0,00
0905	MULTA 01/2018			0,06	0,00	0	0,00



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Idanior de Souza Feite inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura imobiliária da vítima Francisco Idanior de Souza Feite inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964 / 25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>base</u>
Beiró <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53.780-000</u>
Email <u>vestas.assessoria@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>	

Itaperanga de Março de 2018
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



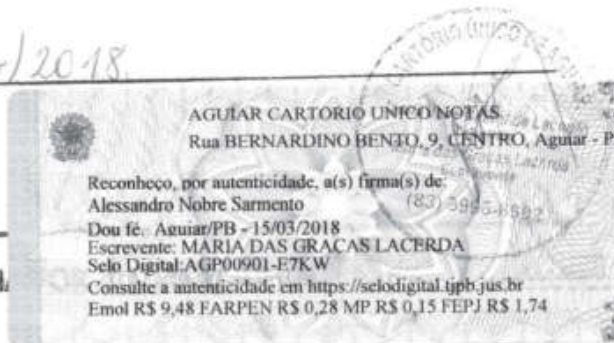
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Alexandro Nobre Sarmiento
RG nº 4.517.695, data da expedição 07/12/2017, órgão SSDS PB
Portador do CPF nº 343.448.768-90, com domicílio na cidade de Aguilar, estado de Pernambuco
Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua São Francisco
nº SIN, complemento São Francisco, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a
vítima: Francisco Ildiano de Souza Leite, cujo
condutor era: o mesmo
Veículo: Moto
Modelo: Honda/CB 125 Titan ES
Ano: 2000
Placa: MOG 6448/PB
Chassi: 9C25C3020YR046110
Data do Acidente: 03/07/2017

Local e Data: Itaporanga/PB, 15/Março/2018

ALEXSANDRO NOBRE SARMENTO

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRM)



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





SECRETARIA MUNICIPIAL DE DESARROLLO

REQUISICÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO-DA UNIDADE: 5673

CNPJ: 08.778.268/0031-86

CÓDIGO-DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.773.200/0001-00
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPINO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP. 58765-000
ESTADO: PARAÍBA UF: PB

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGUIAR FILHO
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

NOME: Francisco Iguani d **PACIENTE**

IDADE: 76

PROFISSÃO: Meio Ambiente

DOCUMENTO:

PROFISSÃO: MECANICISTA
ENDEREÇO: EDGAR GOMES

BAIRRO: CENTRO

CEP:

MUNICÍPIO: AGUIAR

ESTADO:

UF:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

CNS:

CODIGO IBGE MUNICIPIO: _____
DATA DO NASCIMENTO: _____

DATA DO ATENDIMENTO: 03/07/14

DATA DO NASCIMENTO: _____
CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RACA/COR:

SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Pr. Ma. 17/1

Re Doctor (17)

16 ABR. 2003
AG. PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID - 10

PROFISSIONAL.

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Dr. Francisco I. Lima

Dr. João Pessôa
Data: 09/07/17

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

09/07/17

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO
15 ABR. 2020

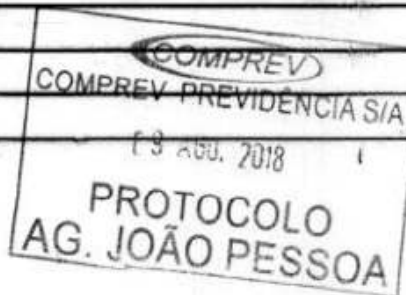




Relatório Médico

Dr Wryell Gomes Muniz

Francisco Talando de Souza Leite
vítima de acidente automobilístico no dia
03/07/17 com fratura do 5º metacarpo
da mão direita e ferimento corto contuso
de mão esquerda. Tem mão direita
imobilizada por 92 dias. Realizou 04 sessões
de Físio terapia e sutura em mão esquerda.
Tem com o sequelas em mão direita
abundantemente importante em local de fratura
e por alteração do eixo da mão. Apresenta
com o sequelas em mão esquerda atrofia
muscular com perda de movimento em
seus movimentos. Alheza meza
a partir desta data.



Data 03/08/18

Itaporanga-PB

ASS: _____

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
E AUTOTRANSPORTES DE VEICULOS AUTOMOTORES

PARAÍBA

NOME
FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR UF
3443807 SSP PB

CPF
085.835.964-25

DATA NASCIMENTO
16/11/1990

PLACAO
IVAN ALVES LEITE
FRANCISCA XAVIER DE
SOUZA LEITE

PERMISSÃO
ACB CEMAR AD

Nº REGISTRO
04668654408

VALIDADE
23/11/2021

1ª EMISSÃO
16/06/2009

OBSERVAÇÕES
RAB.

ASSINATURA DO PORTADOR
Francisco Irlanio de Souza Leite

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
26/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

PARAÍBA

01070000045
PB033539677

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410594002

PROVEDOR PLASTIFICAR
1410594002

15 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE TRANSITO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5452161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
000000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
30/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Carlos Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISOR

32594580707
PRO79781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

16 ABR 2020
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS DANOS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORIS DE QUATRO RODAS, BILHETE DE SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS DANOS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORIS DE QUATRO RODAS, SEGURO DPVAT

PB Nº 013813653420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 22/12/2017

PLACA
MOC6448/PB

VEICULO
1 34344876890 OFF. CNPJ

RENAVAM
00760314918 HONDA/CG 125 TITAN ES

ANO FAB. CN. TUE. MARCA MODELO
2000 9 9C2JC3020YR046110 IN. CLASSE

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DEBITIVO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER LIDO GERALMENTE (R\$)
***** SEGURO P A C O

CGTA ÚNICA PROLATAÇÃO ☐ MULTICOTAÇÃO DATA DE DOTAÇÃO
07/12/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.246.604/0001-04

31054-0909274-20171222

SET-2017

RECIBO
FEB. 27/77
PROCESO
AG.



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Francisco Helomio de Sousa Leite, SINISTRO de nº 3180170796
inscrito no CPF de nº 085.835.964-25, venho respeitosamente a vossa
senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha
indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do
acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei
por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

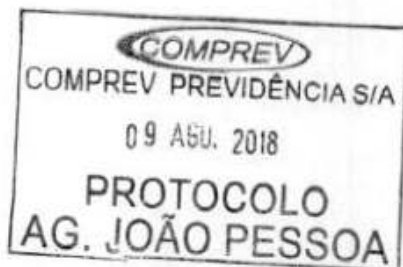
Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade:
que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar
minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para
perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas,
objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a
Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 09 de 08 de 2018.



Helton Rodrigues dos Santos

PROCURADOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
Total			3,5 %	R\$ 472,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	2%	R\$ 270,00
Total			9 %	R\$ 1.215,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00

