

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Nº Sinistro: 3180004819

Vitima: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180004819**.

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 12172005



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Sinistro: 3180004819
Vítima: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO
Data do Acidente: 04/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180004819** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12348590

A/C: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Nº Sinistro: 3180004819
Vítima: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO
Data do Acidente: 04/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

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

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000049713-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

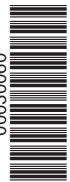
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, 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 951.989.204-44	Nome completo da vítima Francinilson Braga de Figueiredo
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Francinilson Braga de Figueiredo	CPF titular da conta 951.989.204-44	Profissão aux. de ensino	
Endereço Av. Antônio Fernandes	Número 137	Complemento	
Bairro Pista Redentor	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) 4848-3915

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 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 type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 000497139 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	

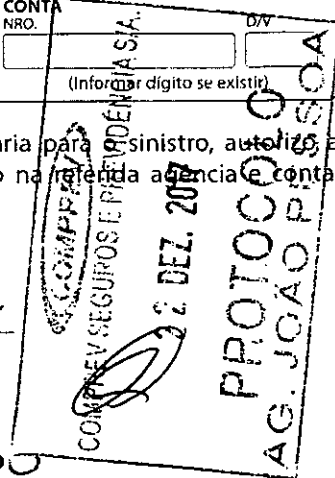
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para este sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação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

f. Perreia 21 de 11 de 2017
Local e Data

x FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. ERLIE AMORIM

DATA: 21/11/2017

HORA: 12:04:25

TERMINAL: 10101040

CONTROLE: 101010400103

AGÊNCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS

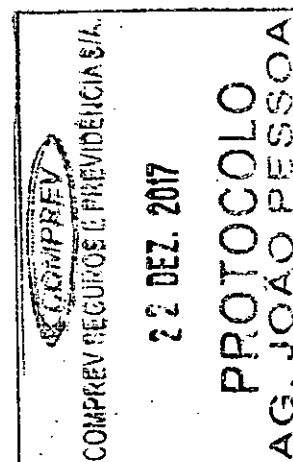
CONTA : 013.00049713-9

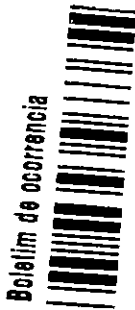
CLIENTE: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO EM 20/11

SALDO





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02128.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02128.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:11 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Francinilson Braga de Figueiredo**, CPF nº 951.989.204-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Duteiro, filho(a) de Julia Araujo de Figueiredo e Nilson Rodrigues de Figueiredo, natural de Nazarezinho/PB, nascido(a) em 24/02/1974 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Fernandes, Nº 137, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Farmácia Tropicana, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-3915.

Dados do(s) Fatos:

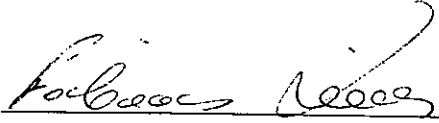
Local: R. Antônio Teotônio, Próximo Ao Almeidão, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

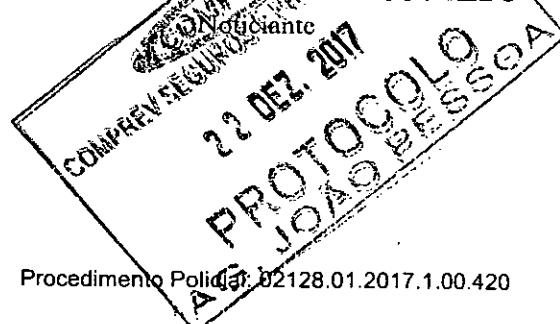
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, 2014/2015, PLACA QFF7060/PB, CHASSI 9C2KC1680FR532223, registrada em nome de JOSÉ ANÍSIO ALVES, onde na garupa estava JOSÉ ANÍSIO ALVES, quando ao passar pelo girador próximo ao estádio Almeidão, sentido Cristo/José Américo, colidiu na lateral direita de um CARRO VW GOL, BRANCO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, vindo a cair ao solo e em decorrência o noticiante lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 31.10.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que JOSÉ ANÍSIO não machucou-se no ocorrido e levou o noticiante até a casa de seu irmão e de lá o noticiante foi levado em veículo particular para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO
Noticiante



Procedimento Policial Nº 02128.01.2017.1.00.420

Declaracao de Inexistencia de IML



Administradora de Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Francinilson Braga de Figueiredo CPF da Vítima: 951.989.204-44 Data do Acidente: 04/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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.

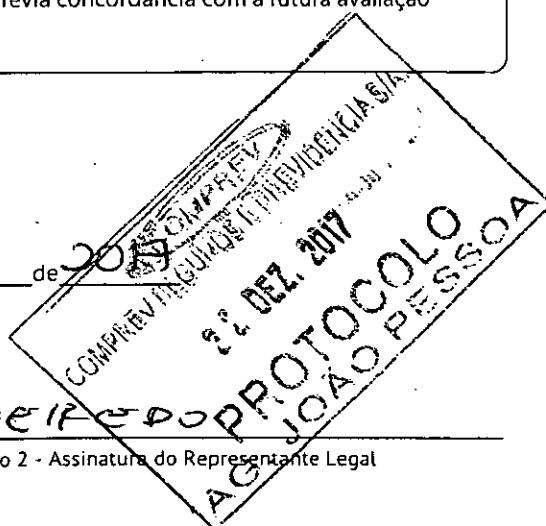
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

J. Pessoa 21 de 11

Local e Data

X FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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: 31/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

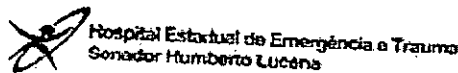
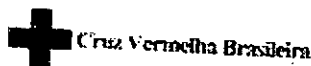
CLIENTE: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000049713-9

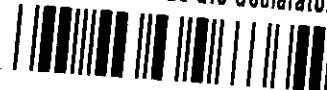
Nr. da Autenticação 2A09DA2DC053446B



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 978746

Comprovacao de ato declaratorio



Identificação do paciente

ID 1135437	Nome FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO			Sexo Masculino
Data do nascimento 24/02/1974	Idade 42 anos 11 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JULIA ARAUJO DE FIGUEIREDO	Pai NILSON RODRIGUES DE FIGUEIREDO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSILETE FERREIRA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88079793	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 755478	Nº Cns		
Local de procedência	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
Email	Tipo CBOR			

Endereço

CEP 68076410	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR MARIO COVAS
Número 221	Complemento	Bairro JOÃO PAULO II	

Admissão

Data e Hora 04/02/2017 20:17:46	Número da pulseira 1000004351497	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

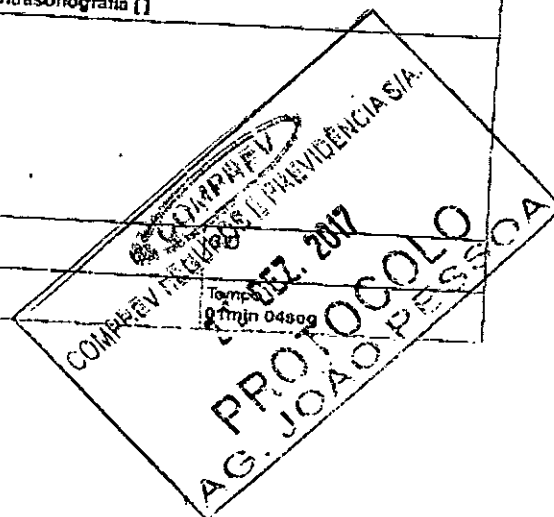
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



DUTOCLIMA
RUA ANTONIO FERNANDES, 137 - GROTAO
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000000 (AG-1)

Classe/Subcl. COMERCIAL/OUTROS SERVIÇOS E TRIFÁSICO, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Roteiro: 13-2-477-5140 Referência: Fev/2017
Nº medidor: 00008248894 Emissão: 17/02/2017

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.018.127
Código para Dúvida Automática: 00014397392

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1439739-2

Fev / 2017

Apresentação

17/02/2017

Data prevista da próxima leitura

22/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

10457023000193

Faturas em atraso

27/01/2017 142,02
29/12/2016 127,16

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/17 207
Dez/16 183
Nov/16 134
Out/16 163
Set/16 188
Ago/16 194
Jul/16 137
Jun/16 129
Mai/16 178
Abr/16 155
Mar/16 173
Fev/16 180

Média dos últimos meses

RESERVADO AO FISCO

1040.1c59.25b8.43dd.2f64.9ba4.339f.d040

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,55	0,00	NOMINAL 360
DIC TRIMESTRAL 11,10		
DIC ANUAL 22,21		
FIC MENSAL 3,48	0,00	CONTRATADA 350
FIC TRIMESTRAL 8,97		Limite Inferior 350
FIC ANUAL 13,95		Limite Superior 350
DMIC 3,20	0,00	
DICF8 12,22		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	30,79	24,70
Compra de Energia	38,01	28,89
Serviço de Transmissão	2,11	1,68
Encargos Setoriais	12,09	9,70
Impostos Diretos e Encargos	43,66	35,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	124,66	100,00

Valor do FUSO (Ref. 12/2016) R\$ 42,44

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/03/2017. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas 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. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.

energisa

PARAIBA

Roteiro 13-2-477-5140

Matrícula: 1439739-2017-02-0

VENCIMENTO

24/02/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 124,66

83690000001-6 24660149000-5 14397392017-4 02000020019-4

Comprovante de residência



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 007-0001-409-3140

Nº do Medidor: 00008162616

Referência: NOV/17

Emissão: 16/11/2017



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica

Nº 000 717.812

Atendimento ao Cliente ENERGISA Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta. 0800 083 0196 ligação gratuita Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade			
	LIMITES DA ANEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,23	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,23	1,00	LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,47		
FIC ANUAL	13,0		
DMIC	2,77	0,23	
DICRI	12,22		

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RAM 36502391400

INSC. EST.: 00000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

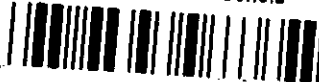
DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA S/A	24,63	21,91
COMPRA DE ENERGIA	35,64	31,70
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	3,78	3,36
ENCARGOS SETORIAIS	6,83	6,00
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	41,54	36,95
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	112,42	100,00

- Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - Ref 09/2017: R\$ 43,08

CANAL DE CONTATO

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMÉTRICO:
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL, SE HOUVER. EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE: WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381.

Comprovante de residência



CONTA REFERENTE A

NOV/17

ANTERIOR		ATUAL			
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO DIAS
16/10/17	4299	14/11/17	4431	1	132 29

APRESENTAÇÃO

17/11/2017

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

14/12/2017

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (1,3291%)	COFINS (R\$) (6,1218%)
0601	Consumo em kWh	132,000	0,754540	99,60	99,60	27	26,89	99,60	1,32 6,09
0601	Adic B Vermelha			8,50	8,50	27	2,29	8,50	0,11 0,52
0807	CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			4,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0904	COMP. INDICADOR-DIC TRIMESTRAL 09/2017			-0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item Total: 112,32 108,10 29,18 108,10 1,43 6,61

ATENÇÃO

Leitura confirmada

Média últimos meses (kWh)

242

VENCIMENTO

24/11/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 112,32

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

113	171	221	212	244	354	404	420	183	183	152	221
OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEB/17	JAN/17	DEZ/16	NOV/16

Reservado ao FISCO

f1b9.b5ec.8152.975f.c2b2.e446.d6fb.ab2a



DESTAQUE AQ

Paraíba

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83620000001-3 12320149000-0 02800122017-8 11500091019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/11/2017	R\$ 112,32	280012-2017-11-5





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 COAF**².

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 Ana Glória da Silva Comera inscrito (a) no CPF/CNPJ 365023.914-00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinilson Braga de Figueiredo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 951.989.204/44 do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima
Francinilson Braga de Figueiredo inscrito (a) no CPF sob o Nº 951.989.204/44 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.

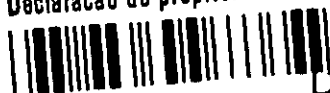
Endereço <u>R. da República</u>		Número <u>396</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58012-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>(83) 889-0815</u>		<u>(83) 889-0815</u>

João Pessoa, 20 de 12 de 2017
Local e Data

Ana Glória da Silva Comera
Assinatura do Declarante

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 DEZ. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Anísio ALVES

RG nº 1.697.999 data de expedição 25/11/2013

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 805.842.414-53 com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Elias Carvalhanti de Albuquerque, nº 103,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francinilson Braga de Figueiredo, cujo condutor era

Francinilson Braga de Figueiredo,

Veículo: MOTO

Modelo: FAIR 150

Ano:

Placa: 2014-2015

Chassi:

Data do Acidente:

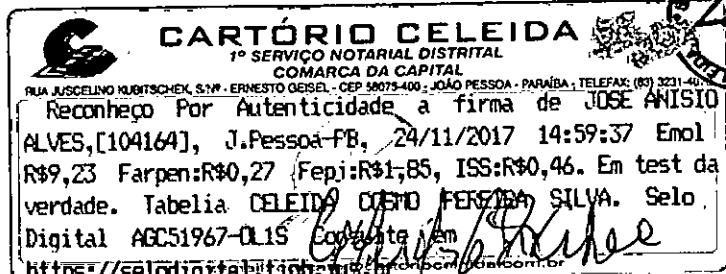
Local e Data: LISTO

9FF 7060 9E2K 21660 PR532223
04/02/2017

João Anísio ALVES
Assinatura do Declarante

X FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

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





QUINTANA
EXATINA

Requisição de Exames

HEINEL

REQUISICÃO DE EXAMES

N BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

Francineide Bezerra de Figueiredo

SEXO:

() MASC. () FEM.

COR:

() B () P () A

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF-LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx controle de fêmur da perna esquerda

Carimbo e Assinatura do Médico

Atado 3 de Novembro de 2017

F(NG) LAB. 007-1

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 978746 e PRONTUÁRIO nº 100226

PACIENTE: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

DATA DE NASCIMENTO: 24.02.74

Data e Hora do Atendimento: 04.02.17

Horário: 20:17h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro) apresentando quadro de trauma no cotovelo esquerdo com dor e edema na região do olecrano. Atendido pelo Dr. Rodrigo Amaral CRM 4847, Dr. Teófilo Gregório CRM 2563, Dr. Glauber Novais Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO CID 10 S 52.0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

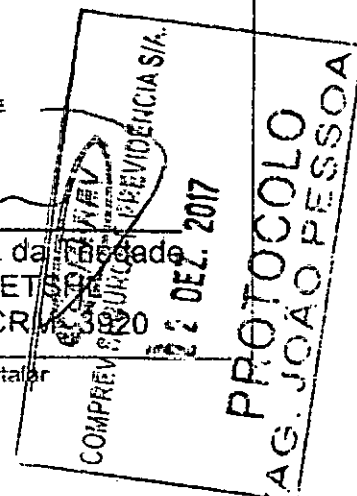
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do cotovelo esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 12.03.17 com redução e fixação de fratura do olecrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 13.03.17

Data da Emissão: 31.10.17

Dr. Glender Tércio Trindade
Médico Auditor - HETSP
Mat. 29.031-9/ CRM 3920

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





Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

B.E.

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Lesão de cabeça - fratura da base do crânio

1000094381497
FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO
DT. NASC.: 24/02/1974
MRE: JULIA ARAUJO DE FIGUEIREDO

END.: GOVERNADOR ADRIO COVAT
N. 221 - JOÃO PAULO II
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 98079792
IDADE: 42
DT. ENTRADA:

AME PRIMARIO

ARÉAS () Pálidas () Obstruídas

CALIMOBILIZADA: () Sim () Não

VE. ILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal

HTD: () Rude

() Diminuído

() Ausente

() Presente e normal

HTE: () Rude

() Diminuído

() Ausente

2 - RUÍDOS:

() Sim

() Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

Imp

SaO₂

%

CIRCULAÇÃO...

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pleetórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

() Normal () Quente () Fria

PULSO

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

() Regular () Irregular () Ausente

() Normofonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO

BE OU S4

() Presente () Ausente

FC: bpm

PA: X

() Sim () Não

ECG:

mmHg T: °C

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pup () Potorreagente

() Parafixadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	
Ab contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decortica)	
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decortica)	
				Nenhuma	
TOTAL:					

COMPREV
COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A

22 DEZ. 2017

PROTÓCOLO
AGUARDANDO

F(NG).CC.001

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

(-) Não (-) Sim:

MEDICAMENTOS:

(-) Não (-) Sim:

IMUNIZAÇÃO:

(-) Não (-) Sim:

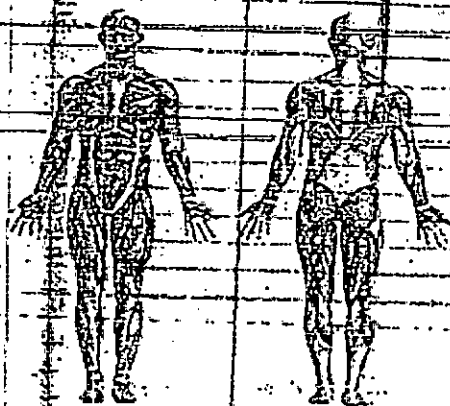
PATOLOGIA:

(-) Não (-) Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

(-) Não (-) Sim:

LOCAL DA LESÃO:

Identifique a localidade e número
correspondente ao lado

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Erisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante

19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Nervoso
23. Laceração
24. Lesão Tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (região da palma(s))

% Graus de queimadura(s)

(-) 1º grau (-) 2º grau (-) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- () Radiografias
- () Ultrassonografia (FAST)
- () Tomografia computadorizada

- () Invasão peritoneal
- () Gasometria arterial
- () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	Assinatura e Carimbo
1	1 - RADIOLÓGICA TORÁCICA		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicitado parecer de _____ do dia _____ de _____ de _____

Solicitado parecer de _____ do dia _____ de _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____ DA _____ SAÍDA _____ HORAS _____

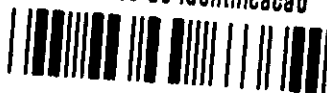
() Controlo cirúrgico
() Transferência (unidade de saúde)
() Internado (setor)
() Alta hospitalar
() Óbito

() Decisão médica
() A pedido
() Família
() JCMC
() SVO

Assinatura do Paciente ou Responsável _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 7554478 SSP PB

CIV: 951.989.204-44 DATA NASCIMENTO: 24/02/1974

FUNÇÃO: NILSON RODRIGUES DE FIGUEIREDO, JULIA ARAÚJO DE FIGUEIREDO

PERMISSÃO: ACC CATEG: AB

Nº RENESSA: 04766225271 VALIDADE: 28/01/2019 EXPIRAÇÃO: 30/09/2009

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894112991

ASSINATURA DO TITULAR: *Francinilson B. de Figueiredo*

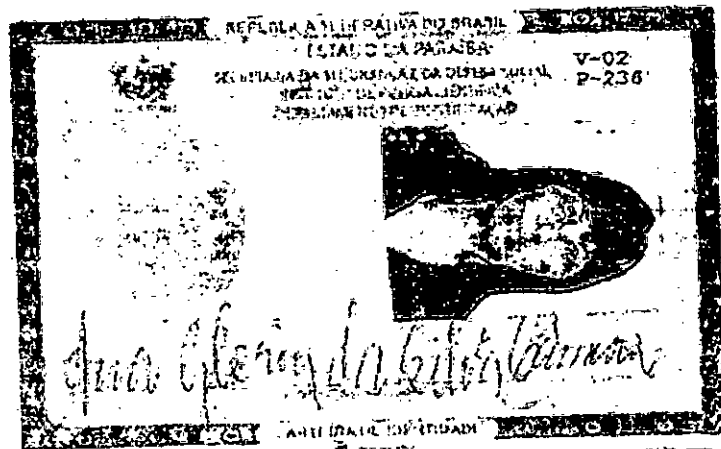
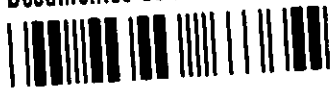
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 29/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR: *Rodolfo Carvalho* 41880825379 PB028001460

UNDO PLASTIFICAR 112991

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



REGISTRO CIVIL		VALIDADE EM MUNICÍPIO DE INTERMUNICIPAÇÃO	
REGISTRO CIVIL	802.979 -2 VIA	DATA DE EMISSÃO	01/11/2011
NOME ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA			
FILHO JOÃO SEBASTIÃO DE A SILVA			
DALILA FERREIRA DA SILVA			
NOME DO PAI		DATA DE NASCIMENTO	
JOÃO PESSOA-PB		09/35/1961	
LOCAL DE EMISSÃO			
CASAM N. 15104 FLS. 385 LIV. B29			
CARTÓRIO 1 JOÃO PESSOA PB			
353.023.914-06			
ASSINATURA DO EMISSOR			
11/11/2011 14:00:00			

COMPREV SEGUROS (P) 11/11/2011 14:00:00

22 DEZ. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L A C R E DETRAN - PB Nº 013027132627
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0102525773-9 20170000053363 2016

NOME
JOSE ANISIO ALVES

CPF / CNPJ 80584241453 PLACA QFF7060/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KCI680FR532223

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCQ / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 2 P / 149 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º
***** 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 16/02/2017

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA PB DATA 20/02/2017
7003935 894150

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013027132627 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
80584241453 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 80584241453
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 20/02/2017

VIA 80584241453 CPF / CNPJ 80584241453 PLACA QFF7060/PB

RENAVAM 01025257739 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2KCI680FR532223

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

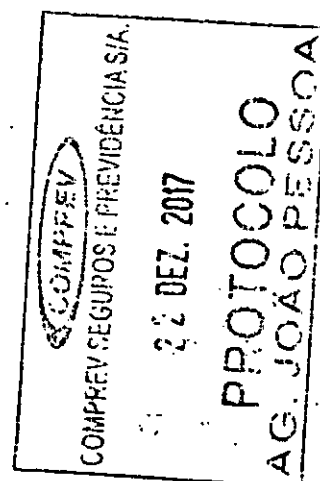
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 16/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

894150-1208544-20170220

DUT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO** Sinistro: **3180004819** Data: **04/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO FERNANDES, 137 - CRISTO REDENTOR - João Pessoa - PB - CEP 58000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PB**] **7554478**

Data local do exame: [**23/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA OLÉCRANO ESQ. SEM EDEMA OU ATROFIA. FLEXÃO NORMAL, EXTENSÃO COM LIMITAÇÃO EM 30 GRAUS

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE OLÉCRANO SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EXTENSÃO DE 30 GRAUS DO COTOVELO ESQ

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
COTOVELO ESQ

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

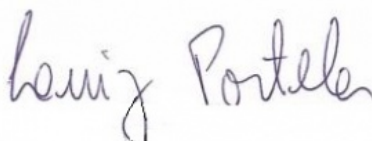
Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004819 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de olecrano esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180004819 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OLÉCRANO ESQ

Descrição do exame médico pericial: SEM EDEMA OU ATROFIA. FLEXÃO NORMAL, EXTENSÃO COM LIMITAÇÃO EM 30 GRAUS

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE OLÉCRANO SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Nome: Francinilson Braga de Figueiredo
Nacionalidade: brasileiro
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 7554478
CPF: 951 989 204-44
Profissão: ANAL. DUTERO
Endereço: R. ANTONIO AERNANDES, nº 137
CEP: _____
Telefone: 011 987483915

Nome: Ana Glória da Silva Câmara
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: viúva
 Identidade: 882.979 SSP-PB
 CPF: 365.023.914-00
 Profissão: do lar
 Endereço: R. da República, nº390 - Centro
 CEP: 58010-180
 Telefone: (83) 98873-0311

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Fronairilson Braga de Figueiredo

João Pessoa, 21/11/2017

Local e data

FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

