
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



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 n°: 12348590

A/C: 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

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.seguradoraslider.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

Francimilson Braga de

Figueiredo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Francimilson Braga de Figueiredo		951.989.204-44	aux. de teatro
Endereço	R. Antônio Fernandes	Número	Complemento
Bairro	Busto Redentor	Cidade	CEP
Email	joao@fbraga.com.br		
Telefone (081) 9848-3915			

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, a 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 |

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 1033

D/V

CONTA

NRO. 00049913 D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

--	--	--

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

--	--	--

(Informar dígito se existir)

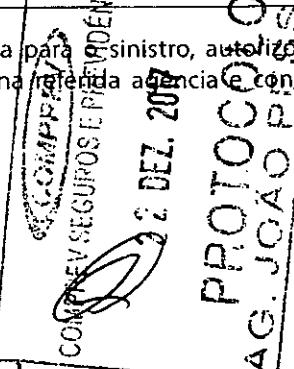
--	--	--

(Informar dígito se existir)

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

f. Perca, 21 de 11 de 2017

Local e Data



X Francisco Braga Re Azevedo

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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 DEZ. 2017

PROTÓCOLO

AG. JCAO PESSOA



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 Bárba 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 ANISIO ALVES, onde na garupa estava JOSÉ ANISIO 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 caírem 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, científicado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação



Procedimento Policial 02128.01.2017.1.00.420

Declaração de Inexistência 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Françanilson Braga de Figueiredo 951.989.204-44 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:

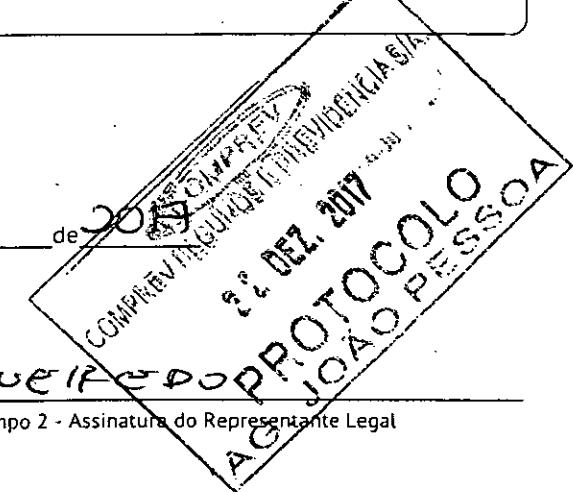
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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 *Françanilson Braga de Figueiredo*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Françanilson Braga de Figueiredo

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: 00000049713-9

Nr. da Autenticação 2A09DA2DC053446B



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sonador Humberto Lucena



Comprovação de ato declaratório

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

Boletim de Atendimento: 978746

Comprovação de ato declaratório

Identificação do paciente				
ID 1138437	Nome FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO			Sexo Masculino
Data de 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 765478	Nº Crs		
Local de procedência				
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo UF CBOR		
Endereço				
CEP 58076410	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR MÁRIO 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 CRURGIA 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	Promoção de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Aferido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA				
Imprimir				

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



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Presidente Dutra, 500, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP: 58016-680

Classe/Subcls: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E TRIFÁSICO 500, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP: 58016-680
Roteiro: 13-2-477-5140
Nº medidor: 00008249994

Referencia: Fev/2017
Emissao: 17/02/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001 018.127
Cartão para Débito Automático: 00014397362

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1439739-2

Canal de contato

Fev / 2017

Apresentação

17/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

22/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

10457023000193

Nome: ENERGISA PARAIBA

Faturas em atraso

27/01/2017 142,02
29/12/2016 127,18

Anterior "Atual" Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura

2001/17 8239 17/02/17 8423 1 184 79

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	184	0,44078	81,00
ICMS			29,40
PIS			1,28
COFINS			5,92
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB.SERV.IULM PÚBLICA			7,08

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/17 207
Dez/16 183
Nov/16 134
Out/16 163
Set/16 168
Ago/16 194
Jul/16 137
Jun/16 129
May/16 178
Abr/16 155
Mar/16 123
Fev/16 180

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	117,80	25,00	29,40
PIS	117,80	1,0558	1,28
COFINS	117,80	5,0358	5,92

TOTAL A PAGAR

24/02/2017 R\$ 124,66

Média dos últimos meses

RESERVADO AO FISCO

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

Composição do valor total da sua conta

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Mínimo

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	5,55	0,00
DIG. TRIMESTRAL	11,10	NOMINAL
DIG. ANUAL	22,21	360
FIC. MENSAL	3,48	0,00
FIC. TRIMESTRAL	8,87	CONTRATADA
FIC. ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR
EMC	3,20	350
DICR	12,22	LIMITE SUPERIOR
		359

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	30,79	24,70
Compra de Energia	39,01	29,89
Serviço de Transmissão	2,11	1,69
Encargos Setoriais	12,09	9,70
Impostos Diretos e Encargos	43,68	35,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	124,66	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2016) R\$ 124,66

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima conste(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 possibilidade de 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 PESADAS/MATRICULADAS, 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 à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

energisa
PARABIA

Roteiro: 13-2-477-5140
Matrícula: 1430739-2017-02-0

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

24/02/2017

R\$ 124,66

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

Comprovante de residência



22 DEZ. 2017

COMPRA/NEGÓCIO E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPÚBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)
Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140 0
Nº do Medidor: 00008162616 Referência: NOV/17
Emissão: 16/11/2017



ENERGISA PARAÍBA - 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/Carta 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.energisab.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UNIDADE CONSUMIDORA:

5/280012-6

CANAL DE CONTATO:

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -

CADASTRO BIOMÉTRICO:

A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES 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.

Indicadores de Qualidade		LIMITES DA ANEEL	APURADO	LÍMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,23	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	9,81		CONTRATADA	
DIC ANUAL	19,82		LÍMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	1,00	LÍMITE 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 de Interrupção Individual ocorrida em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padões nessa 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/RANI 38502391400

INSC. EST:000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$) %
SERVICOS DE DISTRIBUICAO DA ENERGISAB	24,63 21,91
COMPRA DE ENERGIA	35,84 31,70
SERVICO DE TRANSMISSAO	3,78 3,36
ENCARGOS SETORIAIS	6,83 6,04
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	41,54 36,95
OUTROS SERVICOS	0,00 0,00
TOTAL	112,32 100,00

* Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - Ref 007/2017, R\$ 43,00

CONTA REFERENTE A

NOV/17

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

APRESENTAÇÃO

17/11/2017

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

14/12/2017

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc.	Aliq.	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$) Pis/Cofins (R\$) (1,3291%) (6,1218%)	COFINS (R\$)
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
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM 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

CCl: 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) AVÊNCIMENTO TOTAL A PAGAR

242

24/11/2017

R\$ 112,32

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

113	171	221	212	244	354	404	420	183	183	192	221
OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17	JAN/17	DEZ/16	NOV/16

Reservado ao FISCO

f1b9.b5ec.8152.975f.c2b2.e446.d6fb.a6fa

OMPREF REGISTRO DE FISCALIZAÇÃO
11500001019-5

DESTAQUE AQUI



Paraíba

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
24/11/2017 R\$ 112,32 260012-2017-11-5

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
Roteiro: 007-0001-409-3140
83620000001-3 12320149000-0 02800122017-8 11500001019-5



Declaracao Circular SUSEP 445/12

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

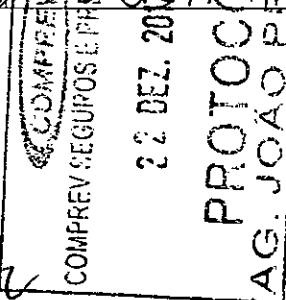
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

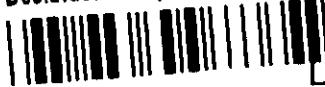
Endereço <u>R. da República</u>	Número <u>590</u>	Complemento <u>apto 4</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83) 8898-0310</u>

J. Pessoa, 20 de 12 de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaracao do proprietario do veiculo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Yaní Alves,
RG nº 1.697.939 data de expedição 25/11/2013
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 805.842.614-53 com
domicílio na cidade de João Pessoa - PB, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Elias Cavalcanti 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: FAIV 150
Ano: 2014-2015
Placa: PPF 4060
Chassi: 9C2K61680BR532223
Data do Acidente: 04/02/2017
Local e Data: CISTO

Yaní Alves
Assinatura do Declarante

Francinilson Braga de Figueiredo

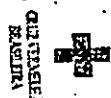
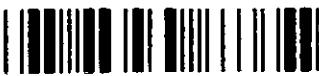
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/N - ERNESTO GESEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4010

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ANISIO ALVES, [104164], J.Pessoa-FB, 24/11/2017 14:59:37 Emol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepj:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COENO PEREIRA SILVA. Selo Digital AGCS1967-0115 Consultar em: <https://selodigital.tabelionato.com.br>





Requisição de Exames

HEISEL

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

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):

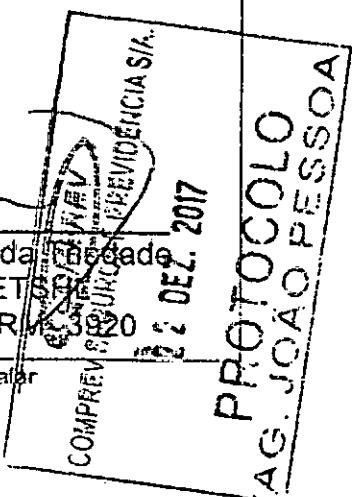
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do cotovelo esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 12.03.17 com redução e fixação de fratura do olecrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 13.03.17

Data da Emissão: 31.10.17

Dr. Glender Tércio G. G. da Cunha
Médico Auditor - HET/SPI
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

B.E.

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Uma ferida de corte no tórax - Mecanismo de trauma na escala de 0 a 10

EXAME PRIMÁRIO

 Páleas Obstruídas CAL IMOBILIZADA: Sim Não

VIA DE ILUMINAÇÃO:

 TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não BEM-VISÃO: Sem dificuldade (Com dificuldade) VENTILAÇÃO MECÂNICA APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

 Presente e normal Rude Diminuído Ausente

- HTE
- Presente e normal
 - Rude
 - Diminuído
 - Ausente

2 - RUIDOS

 Sim

HTD

HTE

Roncos
Sibilos
EstertoresRoncos
Sibilos
Estertores Não

Imp

SaO₂%

DEFÍCIT NEUROLOGICOPup: Fotorreageente Parafisiadas Isocôricas Anisocôricas

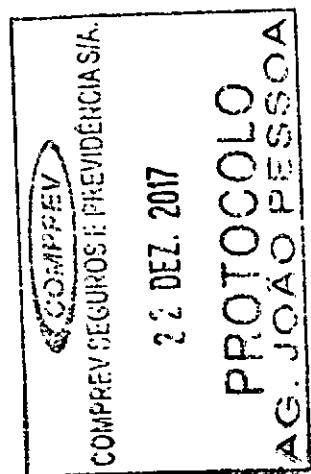
(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

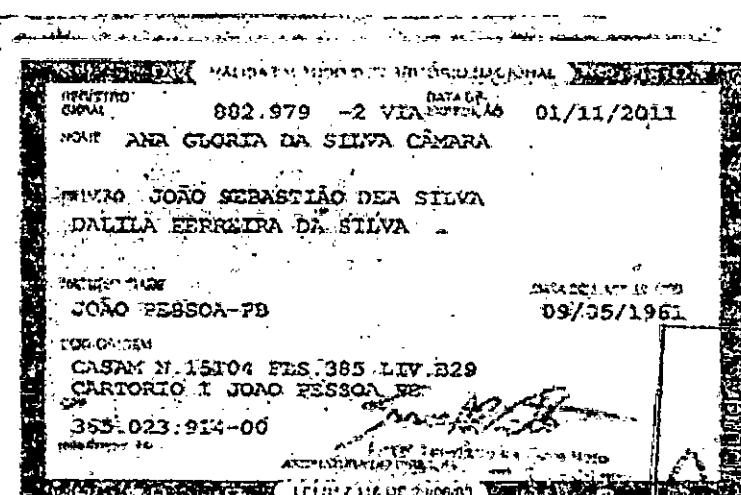
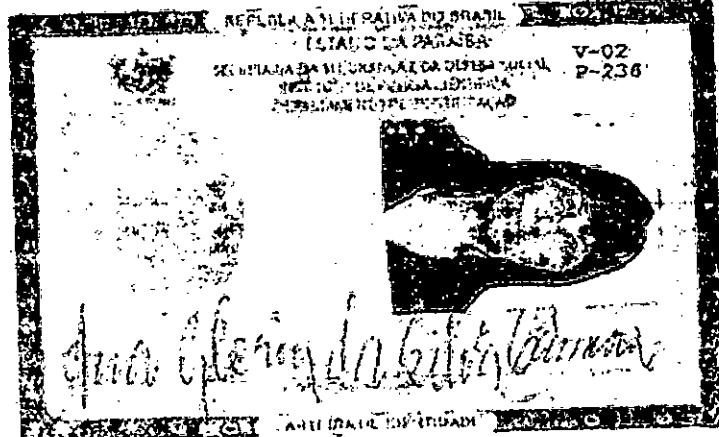
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ab contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieta	2	Flexão anormal (decorticada)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebrada)	2
TOTAL:				Nenhuma	
COMPROV SÉGUROS / PREVIDÊNCIAS / ACO		22 BEZ 2017		PROTÓCOLO	
		F(NG).CC.001			

EXAME SECUNDÁRIO			
ALERGIA	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	1. Abração 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Empalamento 9. Efusão subcutânea 10. Esmagamento 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Contuso 15. F. Cortante 16. F. Corte-Contuso 17. F. Perfuro-Contuso 18. F. Perfuro-Cortante 19. Fratura Óssea Fechada 20. Fratura Óssea Aberta 21. Hematoma 22. Injuriação Negativa 23. Lacerção 24. Lesão Tendínea 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encravado 29. Otorragia 30. Parafisia 31. Paresia 32. Parestesia 33. Quemadura 34. Riorragia 35. Sinais de Isquemia 36.	
OBS.			
QUEIMADURA	Superfície corporal lesada (região da palma)	% Graus de queimadura	<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 1-2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau
EXAMES COMPLEMENTARES	() Radiografias () Ultrassonografia (FAST) () Tomografia computadorizada () Levado peritoneal () Gasometria arterial () Tipagem sanguínea		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS 1. Exame clínico 2. Exame clínico 3. Exame clínico 4. Exame clínico 5. Exame clínico 6. Exame clínico 7. Exame clínico 8. Exame clínico 9. Exame clínico 10. Exame clínico		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	SOLICITANTE: Dr. JOSÉ CARLOS SOUZA SOLICITOU parecer da Sua Exma. Excelentíssima DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Consulta cirúrgica <input type="checkbox"/> Transfência (Unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor) DATA: / / / SAÍDA: / / / HORAS: / : / : /		
ASSINATURA E CARIMBO	Dr. JOSÉ CARLOS SOUZA Cirurgia Geral CRM: 2589		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DEZ. 2017 PROTOCOLO AG. JCS COMPREVI COMPREVI SEGUROS E PREVIDÊNCIAS FUNCEM		

Documentos de identificação



Documentos de identificação



22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPROVSEGURÓS (CPI)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013027132627	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	2017000005336 EXERCÍCIO	
E	0102525773-9	00/00000000 2016	
NOME			
JOSE ANÍSTIO ALVES			
CPF / CNPJ	PLACA		
80584241453	QPF7060/PB		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
NOVO	PB	9C2KC1680FR532223	
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
BAS/MOTOCICLE/NAO APLIC.	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG150 FAN ESDT	2014	2015	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 CI	PARTIC	PRETA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
P	00/00/0000	1º	
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
A *****	0	3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	16/02/2017
SEGURADO PAGO 16/02/2017			
OBSERVAÇÕES			
A.F. BANCO HONDA S.A.			
JOÃO PESSOA - PB		DATA	
7003935		20/02/2017	
		894150	

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

PB Nº 013027132627 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO PERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2016	20/02/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
80584241453	QPF7060/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01025257739	HONDA/CG150 FAN ESDT	
ANO FAB.	CAT. TABE	NO CHASSI
2014	9	9C2KC1680FR532223
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVICO (R\$) 0200,00
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE OUTAÇAO		
16/02/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

894150-1208544-20170220

DUT



22 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

**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 suscetível 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

% 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 **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE
FIGUEIREDO

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 **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE
FIGUEIREDO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OLÉCRANO ESQ

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

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 SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Francinilson Braga de FigueiredoNacionalidade: BrasileiroEstado Civil: SOLTEIROIdentidade: 7554478CPF: 951.989.204-44Profissão: Adv. DUTEROEndereço: R. ANTONIO AERVANDES, nº 137

CEP:

Telefone: (61) 987483915

OUTORGADO:

Nome: Ana Glória da Silva CórmoNacionalidade: BrasileiraEstado Civil: ViúvaIdentidade: 882.979 SSP-PBCPF: 365.023.914-00Profissão: do larEndereço: R. da República, nº 390 - CentroCEP: 58010-180Telefone: (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 perícia 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: Francinilson Braga de Figueiredo

João Pessoa, 21/11/2017

Local e data

FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



1º OFÍCIO DISTRITAL	JOÃO PESSOA, 21/11/2017	PROTÓCOLO AG. JOCÃO PESSOA
		COMPRESSEGURAS E PREVIDÊNCIA S/A
		22 DEZ. 2017

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Rua ÁSCELINO KUBITSCHEK, s/nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (031) 3221-4078
 Reconheço Por Autenticidade a firma de FRANCINILSON
 BRAGA DE FIGUEIREDO, [104165], J.Pessoa-PB, 24/11/2017
 15:03:29 Emol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepi:R\$1,85,
 ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO
 FERREIRA SILVA - Selo Digital AGC51971-29XZ Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/autenticidade/certificado.php?certificado=AGC51971-29XZ>