



Número: **0820569-16.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/04/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32796 416	30/07/2020 13:53	2737531_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 00575/00576 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 01863/01864 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12218003



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 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: $6,25\% \times 13.500,00 =$ 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

Pag. 00119/00120 - carta_15R - INVALIDEZ



00030060



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
---------------------------	--	--

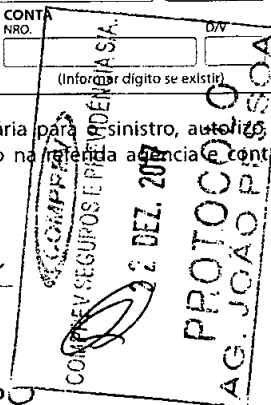
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Francinilson Braga de Figueiredo	CPF titular da conta 951.989.204-44	Profissão aux. de ensino	
Endereço R. Antônio Fernandes	Número 137	Complemento	
Bairro Justo Redentor	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP
Email	Telefone 48448-3915		

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"/> CONTA NRO. 000497139 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

f. Persea 21 de 11 de 2017
Local e Data



X FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
PB FIGUEIREDO Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



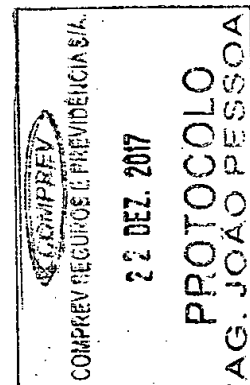


AUTO-ATENDIMENTO - AG. ERLIE AMORIM
DATA: 21/11/2017 HORA: 12:04:25
TERMINAL: 10101040 CONTROLE: 101010400103

AGÊNCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS
CONTA : 013,00049713-9
CLIENTE: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO EM 20/11
SALDO



Boletim de ocorrência



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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, telefonic(s) para contato (83) 98748-3915.

Dados do(s) Fatos:

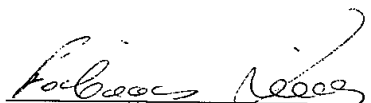
Local: R. Antônio Teotônio, Próximo Ao Almeidão, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

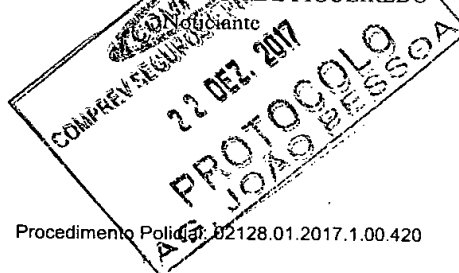
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, 2014/2015, PLACA QFF7060/PB, CHASSI 9C2KC1680FR532223, registrada em nome de JOSÉ ANÍSIO ALVES, onde na garupa estava JOSÉ ANÍSIO ALVES, quando ao passar pelo girador próximo ao estádio Almeidão, sentido Cristo/José Américo, colidiu na 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 TERCIO 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, expço 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



Declaração de Inexistência de IML



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").

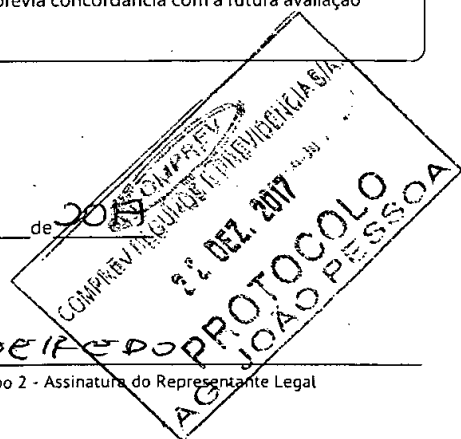
Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Francinilson Braga de Figueiredo</i>	CPF da Vítima <i>951.989.204-44</i>	Data do Acidente <i>04/02/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<p>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:</p> <p>Assinalar uma das opções abaixo:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

J. Pessoa 21 de 11 de 2017
Local e Data

X *FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO* Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
AC. JOAO PESSOA Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



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

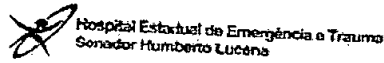
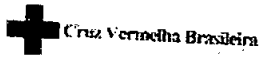
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000049713-9

Nr. da Autenticação 2A09DA2DC053446B

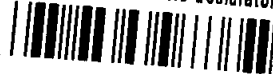




ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 978746

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente

ID 1138437	Nome FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO		Sexo Masculino
Data do nascimento 24/02/1974	Idade 42 anos 11 meses 11 dias	Estado civil	Religião
Mãe JULIA ARAUJO DE FIGUEIREDO	Pai NILSON RODRIGUES DE FIGUEIREDO		Prontuário
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JOSILETE FERREIRA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88079793	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 765478	Nº Cns	
Local de procedência	Naturalidade JOAO PESSOA		UF
Email	Tipo		CBOR

Endereço

CEP 58076410	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR MÁRIO COVAS
Número 227	Complemento	Bairro JOÃO PAULO II	

Admissão

Data e Hora 04/02/2017 20:17:46	Número de pulseira 1000004351497	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente VEICULO X MOTO
------------------------	--	------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso potencial	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

Exames complementares

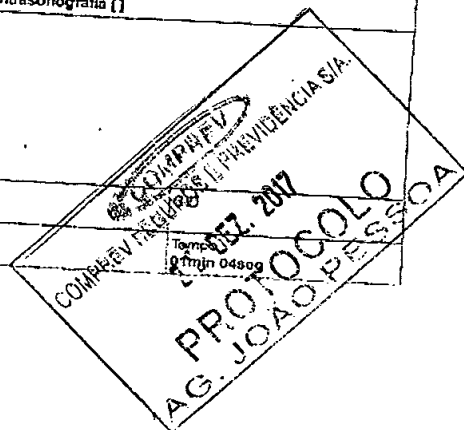
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



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



ENERGISA PARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Crista Redentora - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Classes/Subjects: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E TRIFÁSICO
Roteiro: 13 - 2 - 477 - 5140 Referência: Fev/2017
Nº medidor: 00009248884 Emissão: 17/02/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001 018 127
Código para Débito Automático: 00014397392

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: 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

10457073008193
Data Leitura Data Leitura
20/01/17 8739 17/02/17 8473

Faturas em atraso

27/01/2017 142,02
28/01/2018 127,18

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Demonstrativo

Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)

Consumo em kWh 184 0,44028 81,00

ICMS 29,40

PIS 1,28

COFINS 5,82

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV LUM PÚBLICA 7,06

Historico 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/16 159
Mai/16 178
Abr/16 155
Mar/16 123
Fev/16 180

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES

24/02/2017 R\$ 124,66

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Mês

Limites da ANEEL Apurado Limite de Tensão (V)

DIC MENSAL 5,55 0,00 NOMINAL 360

DIC ANUAL 11,10 0,00 CONTRATADA 350

FIC MENSAL 3,48 0,00 LIMITE SUPERIOR 399

FIC ANUAL 8,97 0,00

DMC 13,95

DMCR 12,22

Composição do valor total da sua conta

Discriminação Valor (R\$) %

Serviços de Dist. de Energia/PB 30,79 24,70

Compra de Energia 29,01 23,29

Serviço de Transmissão 2,11 1,69

Encargos Setoriais 12,09 9,70

Impostos Federais e Encargos 43,58 35,02

Outros Serviços 0,00 0,00

Total 124,66 100,00

Valor do RUSD (Ret. 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 01/03/2017. 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, desconsidere esta 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 dívidas de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

24/02/2017 R\$ 124,66

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

Comprovante de residencia



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



ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
 RUA DA REPUBLICA 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/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

LIMITES DA ANEEL		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			

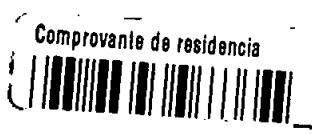
CANAL DE CONTATO
 - CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
 CADASTRO BIOMÉTRICO:
 A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL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

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/CNPJ/RANI 38502391400
 INSC. EST.: 000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	24,83	21,91
COMPRA DE ENERGIA	35,64	31,70
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	3,78	3,36
ENCARGOS SETORIAIS	8,83	7,80
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	41,54	36,80
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	112,22	100,00

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



CONTA REFERENTE A
NOV/17

ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE		CONSUMO DIAS	
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
16/10/17	4299	14/11/17	4431	1	132	28	

APRESENTAÇÃO
17/11/2017

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS (%)	ICMS (R\$)	Base Calc. Pis/Cofins (R\$)	Pis (R\$)	Cofins (R\$)	DEMONSTRATIVO	
											Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	132,000	0,754540	99,80	99,80	27	26,89	99,80	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		
CCI: Código de Classificação do Item				Total:	112,32	108,10	29,18	108,10	1,43	6,61		

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LETURA
14/12/2017

FATURAS EM ATRASO

ATENÇÃO
 Leia com atenção

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	383	183	182	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.ab2



Paraíba

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
 Roteiro: 007-0001-409-3140
 83620000001-3 12320149000-0 02800122017-8 11500091019-5

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



PROTÓTIPO
 22 DEZ 2017
 AG. JOAO P.



Declaração 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 inscrita (a) no CPF/CNPJ 36502391400
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Froncilson Braga de Figueiredo inscrito
(a) no CPF sob o nº 951.989.204/44, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da vítima
Froncilson 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

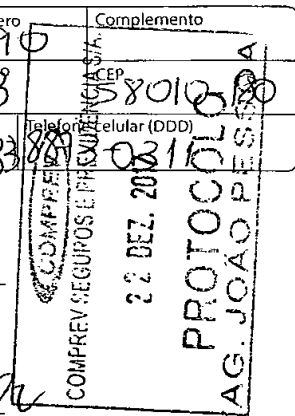
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	Cep <u>58010-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 20 de 12 de 2017
Local e Data

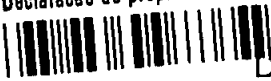
Ana glória da Silva Camara
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José 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 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: FAV 150

Ano: _____

Placa: 2014-2015

Chassi: _____

Data do Acidente: _____

Local e Data: LISTO

DEF 7060 9C2K e 1680 PR532223 04/02/2017

1º OFÍCIO
DISTRITAL

José Anísio ALVES

Assinatura do Declarante

X 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 JARSELINO KURTSCHEK, S/Nº - ERNESTO GIGEL - CEP 5075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (81) 3221-4000

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ANISIO ALVES, [104164], J.Pessoa-PB, 24/11/2017 14:59:37 Emol R\$9,23 Farpem:R\$0,27 Fepj:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabela CELEIDA CLETO FERREIRA SILVA. Selo Digital ACC51967-DL15

Jose Anisio Alves

<https://selodigital.tjpb.jus.br/protocolo/2017/11/24/145937>

COMARCA DE JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
22 DEZ 2017
RG: JOÃO PESSOA





Requisição de Exames



COMPREV REG INOS E PREVIDENCIA S/A
 22 DEZ 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

NBE - PRONTUÁRIO

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE: *Francineide da Silva*

SEXO: MASC. FEM. COR: B P A PESO: ALTURA: CLINICA: ENF-LTTO:

DADOS CLINICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: *Px Controle Cetona @ AMR*

Carimbo e Assinatura do Médico
 At 803
 Assinatura: *[Handwritten Signature]*
 Data: *[Handwritten Date]*

F(NG) LAB. 007-1





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.

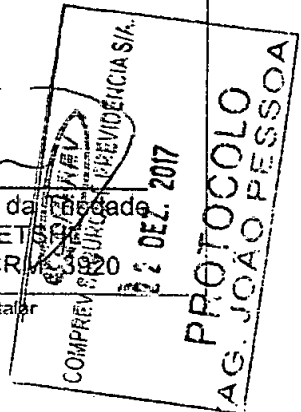
ALTA HOSPITALAR: 13.03.17

Data da Emissão: 31.10.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUXILIAR EM RADIOLOGIA
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HET 8000
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

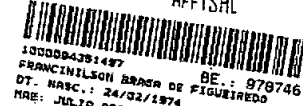


PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:



100004381487 BE.: 978746
FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO
DT. NASC.: 24/02/1974

RUE: JULIA ARAUJO DE FIGUEIREDO
END.: GOVERNADOR MARIO COVAS
N. 221 - JOAO PAULO II
JORN PRESSOR
FONE: ()
CELULAR: (83) 80079793
TORRE 42
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Ataque de tétano - trauma - queda
do paciente no solo

AME PRIMARIO

ARÉIAS Pêrvias Obstruídas
C/ CAL IMOBILIZADA: Sim Não
VE... ILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA
 APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente
HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2 - RUIDOS:
 Sim
 Não
HTD: Roncos Sibilos Estertores
HTE: Roncos Sibilos Estertores
Imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO...
COR DA PELE: Normal Pálida Cianótica
 Pleiórica Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: Normal Quente Fria
PULSO: Normal Aumentado
 Fino Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: Regular Irregular Ausente
BULHAS: Normotónicas Hipofónicas
 Hipofónicas Ausente
SOPRO: Presente Ausente
BE OU S4: Sim Não
FC: ___ bpm PA: ___ X mmHg T: ___ °C
ECG:

ABDOMEN:
Diferença = ___ (mm)

DEFICIT NEUROLÓGICO
Pup: Potorreagente Parafisadas Isocóricas Anisocóricas
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
À 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)
TOTAL:		Nenhuma

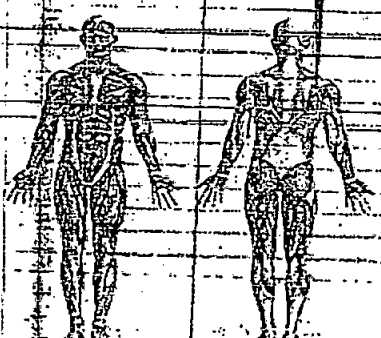
COMPREV
COMPREV SEGUROS PREVIDENCIA S/A
22 DEZ. 2017
F(NG).CC001-1
PROTOCOLO
AGENCIAMENTO



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim
 MEDICAMENTOS: Não Sim
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim
 PATOLOGIA: Não Sim
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim

LOCAL DA LESÃO: Identifique o local com o número correspondente ao lado



1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
3 Avulsão	21 Hematoma
4 Contusão	22 Inchaço
5 Crepitação	23 Laceração
6 Dor	24 Lesão Tendínea
7 Edema	25 Luxação
8 Empalamento	26 Mordedura
9 Erisema subcutâneo	27 Movimento tóxico paradoxal
10 Esmagamento	28 Objeto encravado
11 Equimose	29 Otorragia
12 F. Arma Branca	30 Paralisia
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
14 F. Contuso	32 Parestesia
15 F. Cortante	33 Queimadura
16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
18 F. Perfuro-Cortante	36

OBS.: _____

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (região da palma) % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS: Radiografia Ultrassonografia (FAST) Tomografia computadorizada Lavado peritoneal Gasometria arterial Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
1	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Assinatura e Carimbo: *Suelio Moreira Torres* (Carimbo) / *Suelio Moreira Torres* (Carimbo)

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Sujeito parecer da _____ Assessor da _____

DESTINO DO PACIENTE: Centro cirúrgico Transfêrência (unidade de saúde) Internado (setor) Alta hospitalar Decisão médica A pedido A reavalia Desistência Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família JIMC SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____

COMPREV
 22 DEZ. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Documentos de identificação

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

NOME: FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

DOC. IDENTIDADE / ORIGINALIDADE DE: 7554478 / SSP / PB

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

FUNÇÃO: NILSON RODRIGUES DE FIGUEIREDO, JULIA ARAUJO DE FIGUEIREDO

PRIMEIRO: ACC: CATEGORIA: AB

Nº RENESSA: 04768225271 VALIDADE: 28/01/2019 Nº HABITAÇÃO: 30/09/2009

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894112991

ASSINATURA DO PORTADOR: *Francinilson B. de Figueiredo*

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

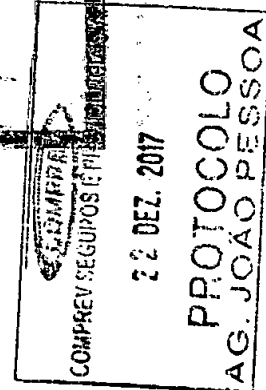
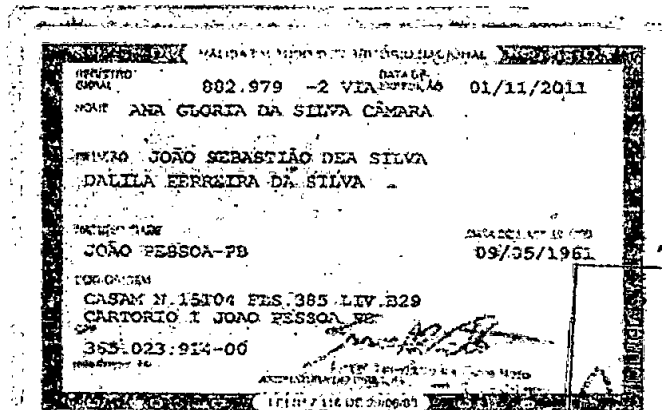
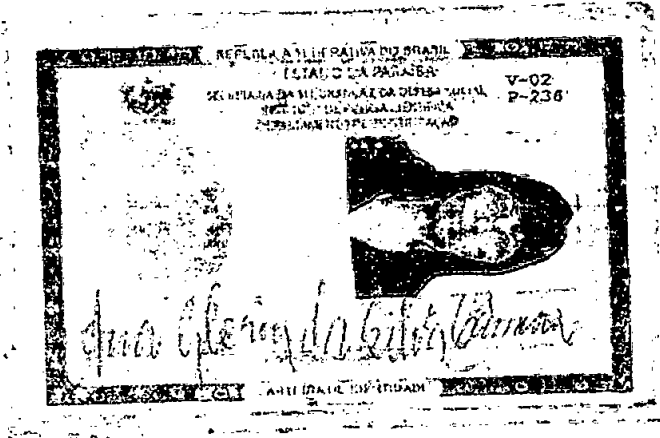
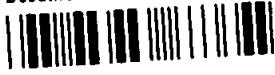
ASSINATURA DO EMISSOR: *Rodrigo Cavalcanti* 41880825379 PB028001460

BIRO PLASTIFICAR 112991

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



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L DETRAN - PB Nº 013027132627
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C R E VIA Cód. RENAVAM 2017000005336 EXERCÍCIO
0102525773-9 00/00000000 2016

004125406
NOME
JOSE ANISIO ALVES

CPF/CNPJ 80584241453 PLACA QFF7060/PB
PLACA ANT./UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1680FR532223

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/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 VENC./COTAS
I P V A COTA ÚNICA 00/00/0000 1º
FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
***** 0 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
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 20/02/2017

VIA Cód. RENAVAM 0102525773-9 CPF/CNPJ 80584241453 PLACA QFF7060/PB

RENAVAM 0102525773-9 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680FR532223

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

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

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

SEguradora Líder - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

894150-1208544-20170220

DUT



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



**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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo seqüela(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 seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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 (Seqüela):
COTOVELO ESQ

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

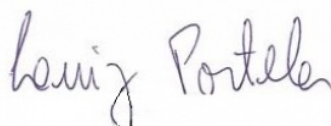
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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 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 prever 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 insusceptíveis 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:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Francinilson Braga de Figueiredo
 Nacionalidade: brasileiro
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 7554478
 CPF: 951 989 204-44
 Profissão: Adv. DUTIRO
 Endereço: R. ANTONIO FERNANDES, nº 137
 CEP: _____
 Telefone: 619 987483915

OUTORGADO:

Nome: Ana Glória da Silva Câmara
 Nacionalidade: brasileira
 Estado Civil: viúva
 Identidade: 882.979 SSP-PB
 CPF: 305.023.914-00
 Profissão: de lar
 Endereço: R. da República, nº 390 - Centro
 CEP: 58010-170
 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: Francinilson Braga de Figueiredo



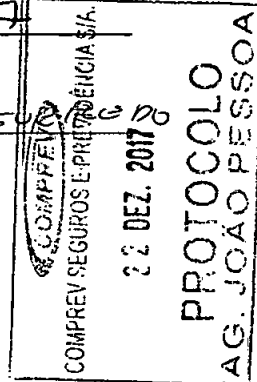
João Pessoa, 21/11/2017

Local e data

FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DA CAPITAL
 FILIA: AUCÉLINO HUBITSCHER, S/Nº - ERNESTO GESEL - CEP: 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARÁIBA - TELEFAX: (83) 3231-4078
 Reconheço Por Autenticidade a firma de FRANCINILSON BRAGA DE FIGUEIREDO, [104165], J. Pessoa-PB, 24/11/2017
 15:03:29 Enol R\$9,23 (Farpem:R\$0,27 Fepi:R\$1,85, TISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO
 SUELIO MOREIRA TORRES, Selo Digital AGC51971-29XZ Consulte em
 210073013533406000000031405527

