



Número: **0854940-35.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SIVAL HONORATO LEITE NETO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35306 792	09/10/2020 09:49	2755869_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240205

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIVAL HONORATO LEITE NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14133268

Pag. 01903/01904 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240205

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIVAL HONORATO LEITE NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000030808-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 706.956.814-27 Nome completo da vítima: Sival Honorato b. Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sival Honorato b. Neto CPF: 706.956.814-27

Profissão: Recusado Endereço: Rua João Gabriel de Carvalho Número: 3N Complemento: _____

Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-690

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

PRECISO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$4.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 30806 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbas do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o resultado do laudo Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito e requerimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 134/74 art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra ao seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar o nome completo: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que a falta de contestação ou de contestação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do Artigo 2º do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem solicita A ROGO

Sival Honorato b. Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (assinante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Provedor (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

ASSINATURA

28 MAR. 2019

PROTOCOLO

DE JOÃO PESSOA

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, titular e ciente, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se o assíneo através do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, C-1 E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00045.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00045.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:04 horas do dia 21 de março de 2019, 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 Policia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **SIVAL Honorato Leite Neto**, CPF nº 706.956.814-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Mecânica, filho(a) de Alessandra dos Santos e Nivaldo de Freitas Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/10/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gabino de Carvalho, Nº S/N, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Colégio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98669-4639.

Dados do(s) Fatos:


Local: Francisco Moura, Audio Comunicação, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/18 12:13h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 125 BROS ES, ano e modelo: 2003 de cor: azul, PLACA: CWM 4591 PB, chassi nº 9C2JD20203R022073, registrado em nome de Josinaldo Bezerra de Oliveira-CPF nº 092.004.244-90 vizinho do notificante: QUE seguia normalmente em sua mão quando um caminhão fez uma manobra errada, caminhão esse que o notificante não sabe especificar marca e modelo, que devido ao fato o notificante foi de encontro ao pneu desse veículo e acabou perdendo o controle e veio a cair ao chão, que o notificante relata que o condutor do caminhão não ficou no local evadindo-se sem prestar socorro; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0165/2019- EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 18.02.2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SIVAL HONORATO LEITE NETO
Notificante



Procedimento Policial: 00045.01.2019.1.00.420

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 706.956.814-27 Nome completo da vítima: Sival Honorato b. Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sival Honorato b. Neto CPF: 706.956.814-27

Profissão: Recusado Endereço: Rua João Gabriel de Carvalho Número: 3N Complemento: _____

Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-690 Tel (DDD): _____

E-mail: _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

PRECISO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itau (341) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 30808 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbas do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ciente, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o resultado do Exame Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito e requerimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1364/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso ocorra ao seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que a liquidação ou cobrança de indenização não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do Artigo 2º do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem solicita A ROGO

Sival Honorato b. Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (assinante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Provedor (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

ASSINATURA

28 MAR. 2019

PROTOCOLO

DR. JOÃO PESSOA

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, titular e ciente, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se o assíneo através do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, C-1 E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 163078 Atd: Nao Regul
Data: 13/09/2018
Hora: 12:13:42
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clinica: ~~SUELIO~~ *eunig*

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO
CNS: SEM CNS. Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987647437
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/10/2000 Id: 17 ano(s)
End.: RUA CARLOS ALBERTO MOURA FILHO, 1033 PAC. SEM DOCUMENTO ACOMPANHADO PELA TIA
Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ALESSANDRA DOS SANTOS Pai: NIVALDO DE FREITAS LEITE
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: PIZZAIOLO Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: TIA MARICELIA LEITE
Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTXCAMINHAO DO LIXO HJ
Vitima de violencia por: PELA TARDE/ NO TREZE DE MAIO/CONDUTOR
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:	<input type="checkbox"/>	Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/>	Grave	
FC:	TP:	<input type="checkbox"/>	Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/>	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	Dispineia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/>	Vomito		
COLISSAO CARRO /MOTO AVALIACAO DA GERAL		<input type="checkbox"/>	Observacao		

COM O SAMU



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU com queixas de lesões múltiplas cominadas, sem nível de consciência, mas
trauma ou vômito ou RVO, nega TCE, após dor em região do MIB.
Ex físico BCC, cereado, eufórico, afeto, ausência de dor em região torácica e abdome

Diagnostico Fratura exposta

Conduta Rx de perna esquerda + Ao e
entorpecida + Alto da C. Gnal

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Alvaro Sotomayor
MÉDICA
CRM-PB 11450



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: 08/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIVAL HONORATO LEITE NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000030808-6

Nr. da Autenticação 3791D4B04DC2CFA1





CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
 INFORME SEU NÚMERO
 MATRÍCULA

1056590

REFERÊNCIA

UNIDADE DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAR/2019

MARIA JOSÉ DE FLEITE
 RUA JOAO GABINIO DE CARVALHO, S/N - VL - MANDACARU
 JOAO PESSOA PB 58025 - 690

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
001 054.050.11.09.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
			LIGADO	POTENCIAL

PRÓXIMO | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 10 | 08/04/2019

PERÍODO	CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.
Fev/2019	10		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2019	10		TURBIDEZ	268	268	268
DEZ/2018	10		CLORO	268	268	268
NOV/2018	10		COL. TERHOT	0	0	0
OUT/2018	10		COR	73	73	72
SET/2018	10		COL. TOTAIS	268	268	268
MEDIA(M)			DADOS REFERENTES A: JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:23:19

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

10 M3 7,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
 28 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

VENCIMENTO APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARÊNCIA.PB.GOV.BR ***



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ALBERTO JORDEN, 1079, JARDIM PRESIDENTE
JARDIM PRESIDENTE - BOQUEIRÃO DE SÃO CARLOS

Endereço: 13100-000, São Carlos, SC, Brasil
Telefone: 011 3212-2000, Fax: 011 3212-2000
E-mail: atendimento@energisa.com.br
Rua Juvêncio de Azevedo, 1000
Cidade das Antenas - 00019-000

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAN
Jan / 2019 21/01/2019 19/02/2019 010.542.224-05

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quer fazer a reclamação? Poderemos ajudá-lo. Acesse o site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) em: www.aneel.gov.br

Demonstrativo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
01/ 2019	02/ 2019			

Média últimos meses (kWh) 100

VENCIMENTO 28/01/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

01 2019 02 2019 03 2019 04 2019 05 2019 06 2019 07 2019 08 2019 09 2019 10 2019 11 2019 12 2019

85f1 69f1 dd42.d3c2 aaed 644b 9cc1 f932

Indicadores de Qualidade - 01/01/2019 - 30/01/2019

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
2. INSTABILIDADE	±1%	0,00	
3. TEMPO DE RECUPERAÇÃO	15 s	0,00	
4. ATENDIMENTO AO CLIENTE	99,9%	100,00	
5. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	
6. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	
7. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	
8. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	
9. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	
10. TEMPO DE ATENDIMENTO	10 min	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de energia elétrica	160,00	81,93
Imposto de selo	35,22	18,07
Taxa de distribuição		
Contribuição de melhoria		
Total	195,22	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PARA SAZ **VENCIMENTO** 28/01/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 195,22

83690000001-6 95220149000 2 16983582019-5 01200005019-8





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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.

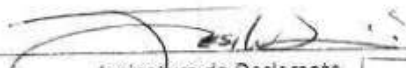
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sival Honorato Leite Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.956.814/27
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Sival Honorato b. Neto
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.956.814/27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento:
Cidade: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:		Tel. (DDD):	

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/2019


Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemildo Bezerra de Oliveira
RG nº 3197350, data de expedição 20/02/2017
Órgão SSP-PA, portador do CPF nº 092.004.241-90 com
domicílio na cidade de João Ribba, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Gabriel de Barvalho nº 514
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 Sival Hononato Leite Neto cujo o condutor era
Sival Hononato Leite Neto

Veículo: moto
Modelo: HONDA/NXR 125 BRAS
Ano: 2003
Placa: CWM 4591/PA
Chassi: 9C2JD20203P022073
Data do Acidente: 13-09-18
Local e Data: João Ribba, 20-03-19



Josemildo Bezerra de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CARLOS NEVES - São Maria, Município de Foz de Iguaçu - São Paulo, Estado do Paraná - 84070-000
7º Ofício Notarial

REC. DE FIRMA Nº 2019-003954
Reconheço por autenticidade a firma de:
JOSEMILDO BEZERRA DE OLIVEIRA
Sou fê, em testemunho da verdade.
José Pessoa - PB, 20/03/2019 às 20:20
RESPONSÁVEL - OSANETE DE ARAUJO VELOSO - ESCRIVENTE
EMPL: R\$ 0,91 PEPJ: R\$ 1,90 FAPEN: R\$ 0,28 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: SELO DIGITAL: A1F94836-YZG4
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 58030-071 - Tel: (83) 3244.1312 / 3020.7720





CERTIDÃO

Nº. 0165/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 163078 e Prontuário nº 2018.09.001767 pertencentes a **SIVAL HONORATO LEITE NETO** que foi atendido dia 13/09/2018 às 12H13min, vítima de colisão moto x caminhão, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2018 com alta médica dia 15/09/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 163078 Atd: Nao Regul
Data: 13/09/2018
Hora: 12:13:42
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clinica: ~~SUELIO~~ *eunig*

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO
CNS: SEM CNS. Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987647437
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/10/2000 Id: 17 ano(s)
End.: RUA CARLOS ALBERTO MOURA FILHO, 1033 PAC. SEM DOCUMENTO ACOMPANHADO PELA TIA
Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ALESSANDRA DOS SANTOS Pai: NIVALDO DE FREITAS LEITE
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: PIZZAIOLO Escolaridade: NAO INFORMADO
Informacoes de Entrada
Resp.: TIA MARICELIA LEITE
Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTXCAMINHAO DO LIXO HJ
Vitima de violencia por: PELA TARDE/ NO TREZE DE MAIO/CONDUTOR
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:	<input type="checkbox"/>	Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/>	Grave	
FC:	TP:	<input type="checkbox"/>	Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/>	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	Dispineia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/>	Vomito		
COLISSAO CARRO /MOTO AVALIACAO DA GERAL		<input type="checkbox"/>	Observacao		



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU com sintomas de lesões múltiplas cominadas, sem nível de consciência, mas
trauma ou vômito ou RUC, nega TCE, após dor em região do MIB.
Ex físico BCC, cereado, inchado, afeto, ausência de dor em região torácica e abdome

Diagnostico Fratura exposta

Conduta Rx de perna esquerda + Ao e
ortopedia + alto da C. Gnal

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Alvaro Sotomayor
MÉDICA
CRM-PB 11450



ORTOPEDIA

Reboto do quadro de moles qd
Deixou "fechete" de curativos. prefer use de
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Relata dor no punho (C)
Ex: "Pelo" curativos e curativos
me: el tubo-fx. Dor severa no punho.
Punho dor no terceiro dia
Dor alt. nervos/culores. Suo punho de 70?
Re: Frot. Exposto (C)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao
CD: Intervençoes de Hto curativos
deform.
Vigilância de ferida

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252 / TEOT 14340

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
28 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO			Registro:		
Idade: 17 ANOS	Sexo: M	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LP:
Data: 13/09/2018		Assistente: DR. MOURIBE			
1º Assistente: DR FELIPE BEZERRA		2º Assistente:			
Anestesista:		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>FX EXP DE TIBIA</i>					
<i>Gustulo I</i>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S)					CÓDIGO
<i>RAFI DA TIBIA</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim Descreva:					
Biópsia de Congelamento: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Cirúrgico					

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 28 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Felipe Bezerra
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 107328

4 () Encaminhado após Ato Cirúrgico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Suel Honorato Leite Neto Data da Admissão: 13/09/18
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
 Escolaridade: _____

QPD: Dor + ferimento + deformidade em pé E.
 HDA: Relato de acidente de moto apresentando trauma em MIE, com ferimento significante e deformidade. A radiografia: fratura do terço médio da tíbia.

Medicações em uso: Condrenal.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 28 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____
ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume
AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____
SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos
SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade
 Amnésia Libido Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em longitudinal em região de perna

Achados:

Visualização de fratura da tibia esquerda

Conduta:

Limpeza exhaustiva de ferida operatória

Realização de limpeza em foco distal e proximal

Redução anatômica.

Aposição de placa DCP 12 furos com uso

Limpeza exhaustiva de ferida operatória

Realizado RX controle



Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo

Curativo

OBS: Alta hospitalar para 48 horas.

Data: 13/09/2018





VALIDA EM TODOS OS TRIBUTOS NACIONAIS 1009001575	COMPANHIA SIA SEGURADORA DE PREVIDÊNCIA E SAÚDE S/A	
	NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA	
PROIBIDO FALSIFICAR 1009001575		END. ORIGINAL - CPF/INSCRIÇÃO ST 1054242 602 PB
	CN 455 336 024-91	DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	FUNÇÃO: JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	PERÍODO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RECIBO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CÉDULA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
	Nº IDENTIFICADORA 00724153162	Nº EMPREGO 1074172019
DIREÇÃO:  Rodrigo Amorim		
LOCAL: JOAO PESSOA, PB		DATA PAGAMENTO 11/11/2014
 Rodrigo Amorim		40378988469 08029545609

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 28 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

Outorgante: Sival Honorato Leite Neto brasileiro(a), estado civil solteiro profissão ajudante de metalurgia residente e domiciliado à Rua João Galvão de Carvalho S/N bairro Hamdacarui Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep: 58025-070 portador(a) do Rg nº 4.126.097 SSP/PB e CPF nº 708.956.814-27

Outorgado: João Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado profissão advogado residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J.C. Duarte nº 157 bairro Hamdacarui Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep: 58025-384 portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 435.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sival Honorato Leite Neto ocorrido em 13/09/18 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez

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

João Pessoa 20 de março de 2019.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2019
PROCOLO
AB. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

X SIVAL Honorato Leite Neto
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Elton Pereira de ... Mangabeira
João Pessoa - PB
SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício
Distrital
Rua Elton Pereira de ... Mangabeira
João Pessoa - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
SIVAL HONORATO LEITE NETO
Em test.da verdade, João Pessoa-PB 20/03/2019 15:33:19
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
(2019-0132307E/PBL:R# 49,91 FARENSE:R# 0,29 FEPJ:R# 1,98 ISS:R# 0,50
SELO DIGITAL: A1G48704-S7X9
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106914/19

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

CPF: 706.956.814-27

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: SIVAL HONORATO LEITE NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

SIVAL HONORATO LEITE NETO : 706.956.814-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240205 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 6.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

