



Número: **0851319-30.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 337,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ALVARO VITORINO DE PONTES JUNIOR (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36892393	20/11/2020 09:42	2766757_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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

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 14139627

Pag. 01465/01466 - 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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01959/01960 - carta_03 - INVALIDEZ

00050980



Carta nº 14141324





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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000039873-8

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







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03493.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03493.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:52 horas do dia 29 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leonardo da Silva Junior**, CPF nº 153.348.738-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Protetico, filho(a) de Marilene da Silva e Leonardo da Silva, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 14/11/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Freire da Nobrega, Nº 102, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98715-7465.

Dados do(s) Fatos:

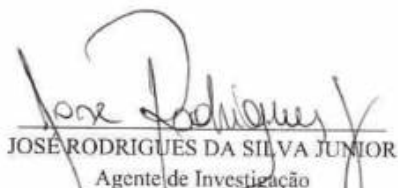
Local: Rua Prefeito Luis Alberto Moreira Coutinho, Proximo Ao Garrafão, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/10/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

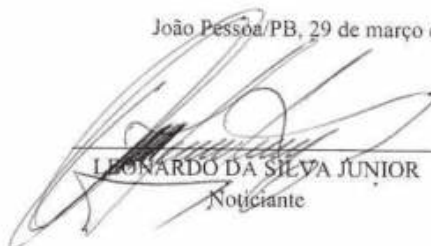
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/10/2018, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA IROS ONE 125 DE COR VERMELHA, ANO 2011, PLACA NPW-5184/PB, CHASSI 96ZNE2125BM000332, REGISTRADA EM NOME DE ANA CAROLINA LOPES DOS SANTOS, NA AVENIDA PREFEITO LUIS ALBERTO MOREIRA COUTINHO, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO VEIO NA CONTRA MÃO E COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0224/2019 ASSINADO PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEONARDO DA SILVA JUNIOR
Notificante

Procedimento Policial: 03493.01.2019.1.00.401





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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	153.348.738-30	Leonardo da Silva Junior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Leonardo da Silva Junior		153.348.738-30
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso Informar	Rua Inocêncio Antonio Belarmino dos Santos	50
Bairro:	Cidade:	Estado:
Gromoni	João Pessoa	CEP:
E-mail:		58068-375
		Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 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\$5.001,00 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: 0036	CONTA: 89873	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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 o prosseguimento 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Local e Data: João Pessoa, 02/04/2019	TESTEMUNHAS	
	Nome: _____		1ª Nome: _____
	CPF: _____		CPF: _____
	Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

Ficha Nr: 170276 Atd: Nao Regul
Data: 07/10/2018
Hora: 13:46:24
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.000983

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4473930 Fone: 988300506

Natural: SAO PAULO/SP Data Nasc.: 14/11/1971 Id: 46 ano(s)

End.: RUA ANTONIO FREIRE DA NOBREGA, 95

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARILENE DA SILVA

Pai: LEONARDO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA-JANAINA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO 07/10 COND A TARDE

Vitima de violência por: EM FRENTE AO GARRAFAO MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO CARRO COM MOTO FERIMENTO NO PE ESQUERDO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico): Paciente relata colisao moto x carro
um de copacat. Nega desmaio, nauseas e vomitos. Possui a laringia a direita. Voz normal
feto irregular.

Diagnostico

Condução

Fr Ex Poso 2 40 50 PV. 1 Abolição inicial
2 Raxox pe esquerdo APE obliqua
3 Abolição do btojo do

Prescrição

Prescrição de Jiloty 20mg. EV + AD agria.

Horario da medicacao

11:50

Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM-PI - 25750
CRA-PI - 0020

1) No Bico de cunha e p/mu

2) C/Adm Tm - 100

2.5 mg/kg - 1.5 mg/kg



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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:	25/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.012,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000039873-8

Nr. da Autenticação 9249E44D4829AC5B



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Exercício 2019 - 1º semestre

Documento emitido em 12/03/2019 às 09:42:02

Data de emissão: 12/03/2019 - Nº 021.233.100



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Criação Residencial - João Pessoa / PB - CEP 55071-400
CNPJ 09.595.183 / 0001-40 - Ins. Est. 15.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA
RUA MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS S/N Q 62 BL 33 AP 102
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1577052-2

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

01/03/2019

CONSUMO

202

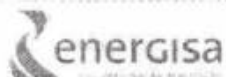
VENCIMENTO

12/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 205,02

Acesse: www.energisa.com.br



JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA

Roteiro: 01-002-900-5050

83650000002-II 05020149000-5 15770522019-0 03400002019-7

VENCIMENTO

12/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 205,02

MATRÍCULA

1577052-2019-03-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 09:42:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112009420286400000035211266>

Número do documento: 20112009420286400000035211266



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 81 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/BIBLIOTECASWEB/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 Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo da Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.348.738 / 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Leonardo da Silva Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.348.738 / 30, 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 G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 02/04/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA CALINA LOPES DOS SANTOS,
RG nº 4976819, data de expedição 18/05/1993
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 036773174-60 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: PROFA MARIA LIANZA, J. CIP. UNIVERSIT. nº 242
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 Leonardo da Silva Junior cujo o condutor era
Leonardo da Silva Junior
Veículo: moto
Modelo: IRAFONE 125
Ano: 2011
Placa: NPW 5184/PB
Chassi: 96Z NE2125BM000332
Data do Acidente: 07-10-18
Local e Data: João Pessoa, 11-04-19

Ana Calina Lopes dos Santos
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião J. Bel. Rômulo Vieira Batista - Substituído
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - Fone: (31) 3333-1111 - Fax: (31) 3333-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ANA CALINA LOPES DOS SANTOS.....
Em test. da verdade: João Pessoa PB 11/04/2019 11:55:33
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESPRESENTE AUTO
(2019-016897) EMOL: R\$ 49,91 FAREN: R\$ 0,28 (E) João 1,98
SELO DIGITAL: A1116615-550E
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus>.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
MARTEIRA NACIONAL DE MARITACAO

NOME
LEONARDO DA SILVA JUNIOR

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
23101749 ESP SP

CNPJ
153.348.738-30 DATA NASCIMENTO
14/11/1971

FUNÇÃO
LEONARDO DA SILVA
MARILENE DA SILVA

PERMISSÃO
ACD CENSO

Nº IDENTIFIC
02136377636 VALIDEZ
01/09/2019 1ª EMISSÃO
27/07/1990

EMPENHOS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA TITULO
02/09/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
46485569513
PB029168724

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
971777804

PROIBIDO PLASTIFICAR
971777804



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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE - OUT. EMISSÃO EM
2627718 SEP PR

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

IRACÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMITE O USO DE
VEÍCULO

DATA DE VALIDADE
16/01/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO
25/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

CHAVE DO
VEÍCULO

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JONOR, PERNAMBUCO, PE

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMITENTE

66568356744
78007919595

894056231



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PB 012824642442
PR 20160000415878-0
1 0032269873 1 00/00000000 2016

ANA CALINA LOES DOS SANTOS

03677317460

NPM5184/PB

NOVO PB 962NE2125RM000332

PAS-NOVO/CICLO/ANO 2011 2011 GASOLINA

IROS/ONE 125 2011 2011
2 P/124 /C1 PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 12/09/2016

***** 0

***** SEGURO P A G O 23/08/2016

SEM RESERVA DE DOUTRINO

JOAO PESSOA PB
19267

22/09/2016

16231

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
SEM MOTOR DE VELA TERRESTRE E APOSSUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OUVIA SEGURO DPVAT

PB Nº 012824642442 EILMETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU EILMETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODETRANSPORTE.COM.BR
SAC DPVAT 0800 832 1204

2016 22/09/2016

1 03677317460 NPM5184/PB

00322698731 IROS/ONE 125

2011 9 962NE2125RM000332

PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O 23/08/2016

SEGURO P A G O 23/08/2016

16231-1621383-20160922

MAI-2016



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251985 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIMPEZA E DEBRIDAMENTO, AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leonardo da Silva Júnior,
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
Proteutor, CI RG nº 23101749,
CPF/MF nº 153.348.738-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Motorista Antonio Belarmino dos Santos, s/n
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58068-375, telefone
98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 28 de março de 2019

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112082/19

Número do Sinistro: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

CPF: 153.348.738-30

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/10/2018

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 12/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

