



Número: **0801577-42.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **23/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37078 197	25/11/2020 11:34	2766877_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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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 15582519

Pag. 01343/01344 - 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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01893/01894 - carta_02 - INVALIDEZ

00050947



Carta nº 15610740



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:34:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511341793200000035385048>

Número do documento: 20112511341793200000035385048



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, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200100791

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000000759-5

Conta: 000010050929-0

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.343.794-01 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE 6 - CPF: 049.343.794-01
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: NÚCLEO HABITACIONAL III 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO GONÇALO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58814-000
15 - E-mail: VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 83/99/73-1754

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0759 5 CONTA: 50.929 9 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOUSA - P.B., 04 de março de 2020

Raimundo dos Santos Leite

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 566/2018

Aos VINTE E TRÊS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOUSA/PB, na 2ª Delegacia Distrital de Polícia Civil (Cartório Titular), sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO CLAUDIO BESERRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE, conhecido(a) por **RAIMUNDO**, Identidade nº 5256434-SSP-PB, CPF nº 049343794-01, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: tecnico telecomunicações, filho(a) de Raimundo Dos Anjos Leite E Maira Ercilia Dos Santos Leite, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 23/06/1983 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Nucleo II, São Gonçalo, tendo como ponto de referência: , na cidade de SOUSA/PB, fone(s) para contato: 99144-2211.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO-LESÃO;
- 2) **Data do fato:** 12/08/2018;
- 3) **Horário do fato:** 22h:00min;
- 4) **Local do fato:** Sousa/PB.

5) Breve resumo do fato:

Que no dia e hora citados conduzia sua moto quando ao transitar na BR 230 nesta cidade quando perdeu o controle da moto em uma valeta vindo a cair ao solo; Que foi socorrido por um popular para o hospital regional desta cidade; Que devido aos ferimentos foi transferido para o hospital da cidade de Patos; Que sofreu escoriações pelo corpo além de fratura na face; Que comparece a esta delegacia para comunicar o fato .

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

DADOS DA MOTO: HONDA BIZ 125 EX, ANO/MOD 2012/2013, COR BRANCA, PLACA NPW 8151/PB, CHASSI 9C2JC4830DR014286, registrado em nome do comunicante

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Raimundo dos Santos Leite
RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matricula nº 168.611-9

Fluxograma Delegado - LAFB/10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.343.794-01 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE 6 - CPF: 049.343.794-01
7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: NÚCLEO HABITACIONAL III 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: SÃO GONÇALO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58814-000
15 - E-mail: VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 83/99/73-1754

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0759 5 CONTA: 50.929 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOUSA - P.B., 04 de março de 2020

Raimundo dos Santos Leite

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00759-5

CONTA: 000010050929-0

Nr. da Autenticação E5348FE0B03E67A3



Num. 37078197 - Pág. 8



EVANDRO CASSIANO FERREIRA
R ESTER FERNANDES OLIVEIRA 76
JARDIM SORRILANDIA I
58805-010 SOUSA PB

Atende sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
No internet - miniclaro.com.br
Pelo telefone 1056
No Atendimento Claro 1052
Para futura entrega, ligue 1052
Para defeitos ou avarias, ligue 0800 302 1011

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	39,99
2. Outros Lançamentos	R\$	41,82
Total	R\$	81,81

Período de Uso
de 19/11/2019 a 18/12/2019

Vencimento
15/01/2020

Valor pago na última conta: R\$ 62,99

1. Plano Contratado	83 99173 1754	Valor R\$
Claro Conecta Claro MIX		49,99
Aplicativos Digitais		
Claro Controle 3GB + Minutos Ilimitados (156)		
Desconto de relacionamento		-10,00
Serviços incluídos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 3GB		

Sub Total - Plano Contratado R\$ 39,99

3. Outros Lançamentos		
Débitos Anteriores - Ref 12/2019		39,99
Juros e Multas		1,83

Sub Total - Outros Lançamentos R\$ 41,82

Total a Pagar R\$ 81,81

Prezado Cliente,
O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague na conta nos bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUSTEEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Intestação Mensal:

Data uso do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
EVANDRO CASSIANO FERREIRA	100554514	19/11/19 a 18/12/19	R\$ 81,81	15/01/20
	Claro NE DDD 61 a 89			

848000000000-6 | 81810221202-7 | 00115100554-9 | 51403028122-0



Autenticação Mensal: Verifique no site ou no aplicativo se esta parte do boleto, para não sofrer com o código de barras.





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 032 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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu EVANDRO CASSIANO FERREIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.202.764, 61 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE inscrito (a) no CPF sob o nº 049.343.794 01

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

inscrito (a) no CPF sob o nº 049.343.794 01 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 Lider-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 ESTHER FERNANDES DE OLIVEIRA</u>		Número:	<u>46</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>DO SORTEILANBIA</u>	Cidade:	<u>SOUSA</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:
E-mail:	<u>VANDINHO DPVAT@GMAIL.COM</u>				<u>58805-010</u>	Tel (DDD):
						<u>83/99173-1754</u>

Local e Data: SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Evandro Cassiano Ferreira
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Relatório Médico

Paciente **Raimundo dos Santos Leite**, 36 anos, vítima de acidente com moto no município de Sousa, BR 230- PB no dia 12/08/2018 com BO de número 566/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma na região frontal do crânio, trauma em face esquerda com fratura em arco zigomático e seio maxilar e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento das fraturas em face com redução + colocação de fixação rígida (FIR) e tratamento conservador para o trauma na região frontal com crânio com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso por um período de 30 dias. O mesmo recebeu alta definitiva em 12/09/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Face esquerda + Arco Zigomático + Seio Maxilar apresenta dor a palpação, crepitações, parestesia, diminuição do movimento de abertura da boca e diminuição da força mastigatória.

Região Frontal do crânio apresenta dor a palpação.

O mesmo relata presença de episódios de cefaleia com intensidade forte, vertigens frequentes e parestesia.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 50% da capacidade funcional mastigatória. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 20.02.2020

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB





OMP 80.772.265.9823/74

Numero do documento: 2011251134179320000003538

Número do documento: 20112511341793200000035385048

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO

CNS 3585473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORACIO NORRAGA, S/N
CIDADE PATOS UF PE
CLASSIF. RISCO M
ORIGEM PRÓPRIA RESIDÊNCIA
PACIENTE RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I MARIA ENILZA DOS SANTOS LEITE
NASCIMENTO 23/06/1983
PROFISSÃO
ENDEREÇO RUA PROJETADA
CIDADE PATOS
TELEFONE (87) 9914-4221
CNP 08.778.268.0021/76
FILIÇÃO II RAIMUNDO DOS ANJOS LEITE
IDADE 35A AN COM PARDO GÊNERO M
Bairro NÚCLEO III
CEP
CELULAR
CPF 049.343.792-01
REG. NASC.
F.A.A. 7682
DATA 28/08/2018 Horário: 09:05
CARACTER 02 URGÊNCIA
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
PRONTUÁRIO OPERADOR 4173
TIPO DE SERVIÇO TENDIDOS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO: PA: *Carmine Angela da Silva*

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Prontuário de Raimundo dos Santos Leite em 28/08/2018
Prontuário de Maria Enilza dos Santos Leite em 28/08/2018
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)*

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM (X) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CARACTER DO ATENDIMENTO

(X) 01-ELITIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CUIDADO / PROCEDIMENTO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÔBITO (X) ALTA MÉDICA

MÉDICO/CRM



COMPLEXO HOSPITALAR
SACRAMENTAL DE PATOS
JANDYR CARNEIRO



GOVERNO
PERNAMBUCO

SECRETARIA DE
SAÚDE



TRAMITADO

EXAMINADO

TRAMITADO em 28/08/19
DE 14h 15min 10s
(E) em 28/08/19
por 14h 15min 10s

TRAMITANDO
em 28/08/19
por 14h 15min 10s

Rua Morácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3422/2741 - Patos - PB.



GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Encaminhamento;
Encarregado da
Saúde Uram de Atividade
Médica com Fim
dos atos da fase

Dr. Marco A. M. de
C. P.
CRM 13.06.18

Rua José Francisco de Lira, S/N - CEP: 58902-100
FONES: 3522.2776/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA





Tomografia Computadorizada

Dr. Chico Coreia
CENTRO DE DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Paciente: Raimundo dos Santos Leite.

Registro: 022425

Data: 13/08/2018

TÉCNICA

Exame realizado em Tomógrafo Helicoidal de 02 canais, através de aquisição volumétrica dos dados com 2,5 mm e 5,0 mm de colimação sem a utilização do meio de contraste endovenoso.

RELATÓRIO

Fratura da face orbital e do arco zigomático esquerdo com cavalgamento de fragmentos ósseos nesta última.

Há também fratura cominutiva da parede póstero-lateral do seio maxilar esquerdo, acompanhando-se de hemossinus.

Acompanhando os achados descritos acima, observamos focos gasosos no espaço orbitário e mastigatório.

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

* Obrigado por referir este paciente.

OBS.: EXAME DOCUMENTADO EM 02 FILMES RADIOGRÁFICOS. EVITE EXTRAVIÁ-LOS, POIS ARQUIVAMOS EXCLUSIVAMENTE A CÓPIA DO LAUDO.

Dra. Anne Elise Nogueira
CRM-PB 7604

Av. José Gadelha de Oliveira, s/n - Jardim Sorrilândia - Sousa - PB.
CEP 58805-280 - Fone: (83) 522-4773 / 522-1777(R236) Fax: 522-2790
CNPJ: 03.648.948/0001-46
e-mail: tmgcorea@hotmail.com





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

EVANDRO CASSIANO FERREIRA

1548871134

0422139840

10/12/2017

PARAIBA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3180 5460 59 Data da solicitação: 20/02/2020
Nome do beneficiário: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE CPF do beneficiário: 049.343.794-01
Nome do solicitante: EVAMBRO CASSIANO FERREIRA CPF do solicitante: 088.202.764-61

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99173-1754 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: VAMBINHO DPVAT@GMAIL.COM

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Local e Data

Evambro Cassiano Ferreira

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE
RG: 5256.34 Órgão Emissor: SSTC/GO CPF: 049.343.794-01
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: TECNICO EM COMUNICACAO
Endereço: MULCO HABITACIONAL III N° S/W
Bairro: AREA RURAL Cep: 58814-000 Cidade/UF: SAO GONCALO - PB

OUTORGADO:

Nome: EVANDRO CASSIANO FERREIRA
RG: 3046912 Órgão Emissor: SSP/PB
CPF: 088.202.764-61
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE
Endereço: RUA ESTER FERNANDES DE OLIVEIRA N° 76, Bairro: JARDIM SORRILANDIA
Cep: 58805-010 Cidade/UF: SOUSA/PB
Telefone: (83) 98138-7595 (83) 99173-1754

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras com sorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, solicitar BO em qualquer delegacia, ou batalhão de Policia Militar, e PRF, solicitar copiar de prontuário medico, (FICHA DE ATENDIMENTO, PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO, AMBULATORIO HOSPITALAR), em que o OUTORGANTE tenha sido atendido, em Hospitais publico ou privado, solicitar copia de atendimento do SAMU, BOMBEIROS, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF: 049.343.794-01

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura solicitada: () Invalidez Permanente () DAMS () Morte

SOUSA-PB, 04 DE MARÇO DE 2020

Local e data

Raimundo dos Santos Leite

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0420051/18

Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

CPF: 049.343.794-01

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE : 049.343.794-01

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: 21/11/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200100791 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO DOS SANTOS LEITE **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA PAREDE LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, DA FACE ORBITAL, DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P1
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 20/02/2020, LUIZIANE LIRA N. FONSECA, CRM: 8445.

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

