



Número: **0815689-73.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/03/2020**

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	
CLEITON FRANCO DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37296 399	01/12/2020 09:05	<a href="#">2769031_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190028886**

**Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA**

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 13810806

Pag. 01511101512 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190028886**

**Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/08/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA**

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: **CLEITON FRANCO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000039**

Conta: **0000041310-5**

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](http://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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 120.917.914-82 Nome completo da vítima: Alleton Franco da Silva

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

Nome completo: Alleton Franco da Silva CPF: 120.917.914.82

Profissão: Estudante Endereço: Rua Rita Raquel de Vasconcelos 338 Número: 338 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Cucema Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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)

- Bradesco (237)  Itaú (341)
- Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 39 CONTA: 41310 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)  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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/01/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alleton Franco da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Isabel Vasconcelos Franco  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Alleton In. Franco  
Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: JAN. 2019

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

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

Caixa Previdência

Ag: 39

OP: 13

Conta: 41.310-5

~~33~~ ~~33~~  
51 limite

Bosta do menor

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
11 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00048.01.2018.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2018.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:28 horas do dia 26 de dezembro de 2018, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria Isabel Marculino Franco**, conhecido(a) por Bel, CPF nº 044.651.944-80, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho (a) de Antônio Salvino e João Marculino Franco, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 28/01/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 138, complemento CASA NO BAIRRO DE FAGUNDES DE LUCENA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Casa de Dona Eronildes, Conhecida Por Sorriso, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98750-9174.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua do Bar da "bonitona", nº S/N, Via Pública, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/08/16 21:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo XR 250 TORNADO, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2008/2008, placa KGU-6303, chassi 9C2MD34008R024698, renavam 0097240946-7, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013929799692; nº. P.r.t.: 20180000118733-7; nº. Laere: 0042924723; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Kgu-6303/pe; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Onaldo Pedro da Silva Filho.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

O SEU FILHO MENOR DE NOME CLEITON FRANCO DA SILVA, NASCIDO EM 19/01/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, VINHA PILOTANDO O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA EM UMA RUA DE BARRO NA LOCALIDADE ONDE RESIDE, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO QUEDA E SE MACHUCOU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, ASSINADO PELA MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, C.R.M.:3883/PB.

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, expecta a presença referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de S. Lima  
CPF: 044.651.944-80

11 JAN. 2019  
PROTÓCOLO  
AS. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00048.01.2018.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 26 de dezembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Cadastro - Matr. 157.356-0

MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO

Noticiante



Procedimento Policial: 00048.01.2018.1.05.101

2/2



## 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: 120.917.914-82 Nome completo da vítima: Cleiton Franco da Silva

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

Nome completo: Cleiton Franco da Silva CPF: 120.917.914.82  
 Profissão: Estudante Endereço: Rua Rita Raquel de Vasconcelos, 338 Número: 338 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Bucama Estado: PB CEP: 58000-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENTA 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 39 CONTA: 41310 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)  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 (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.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/01/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 x Cleiton Franco da Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 Maria Ysabel Vasconcelos Franco Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 Cleiton Franco da Silva Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 Assinatura: JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOÃO PESSOA  
 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



Caixa Previdência

Ag: 39

OP: 13

Conta: 41.310-5

~~31~~ ~~31~~  
31 limite

Bosta do menor



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190028886 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEITON FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

**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:**

### 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



FEITO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLETO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R: RUA FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 878869 Atd: Nao Regula  
Data: 20/08/2016  
Hora: 21:35:12  
Recepcionista: GISELE ETELVINO DE AL  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEITON FRANCO DA SILVA  
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0000 Fone: 988945665  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 19/01/2001 Id: 15 ano(s)  
End.: RUA MARIA RITA, 138  
Bairro: FAGUNDES Cidade: LUCENA UF: PB  
Pai: ONALDO PEDRO DA SILVA FILHO  
Mae: MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2016.08.001746

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Precedencia: BAIRRO FAGUNDES

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLIZAO MOTO XCARRO HJ AS 17:30// MORENO

Vitima de violencia por: ENS, FUND. INCOMP.

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politrauma [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Espinha Agitada  
[ ] Diarreia [ ] Choc  
[ ] Regular  
[ ] Pronto  
Observada

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
11 JAN. 2019  
PROTOKOLO  
AG JOAO PESSOA

Exa Principal

DOENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO X CARRO HJ AS 17:30. NUNCA FOI REALIZADA A COLMIA.

Drª Josiane Pereira da S.  
Enfermeira  
COREM/PB 350136

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

do moto hca e 1h. Nega uso de capacet  
ngra TCC. Refus da um mte grande de unida  
cia abando nra e abas

Diagnostico

Conduta - Pul

João Carlos Pereira

Alto do p. geral  
a auto medic

Prescrição

Horario da medicacao

EDILSON CARLOS PEREIRA  
ASP. OF. 10-0-CRM/PB  
IDT 070.54.707-4



# ON:TOPHOK #

Paciente vítima de acidente automobilístico:  
há 03 dias, evoluiu dor e prurito  
na esc: Tronco parietal e face anterior  
do prurito

Data e Hora + PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Rx: Tratava dor nos do prurito (exposto) CAF.  
CO: Oxentemol  
Yalbuguan  
VPM  
Centro cirúrgico  
SST 5.000 UI (IM)  
Cefalotina 2g + SOB

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

*[Handwritten signature]*

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
11 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AD. JOAO PESSOA

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ Liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residência
- Transferido
- Desistência
- UTI
- Casa a pedido
- Enfermaria
- Obito:  Atestado  SVO  IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

*[Handwritten signature]*



# 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: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON FRANCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000041310-5

---

---

Nr. da Autenticação B4ADEBD419D0705C



**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
RUA AGENTEF JOSÉ COSTA QUARTE 1271 SALA 02 MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 53084324 (AO 1)  
Emissão: 21/11/2018 - Referência: Nov/2018  
Cidade: JOÃO PESSOA / COMERCIAL / COMERCIAL MONTEFASCO - BOMFIM - Caixa Postal: JOÃO PESSOA - PB CEP: 53131700  
Ribeira 12 - 5 - 242 - 450 - N° Medidor: 000296752



ENERGISA PARÁR - COTA - DOBRO ENERGIA SA  
Atividade: Energia Elétrica  
CNPJ: 08.956.710/0001-43  
Endereço: Avenida Elétrica 1205, 501 F30  
Cidade: Paraíba - Automática: 00016920527

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a: **Nov / 2018** Apresentação: **21/11/2018** Data prevista da próxima leitura: **19/12/2018** CPF/ CNPJ/ RANI: **010.942.224-46**  
Int. Ext.

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
09/10/18	9874	20/11/18	9874	37						
<b>Demonstrativo</b>										
CO: Demora	Quantidade	Taxa	Valor Base	Taxa	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001 Consumo em kWh	220.000	0.821377	180.49	150.00	28	40.11	180.49	1.00	0.85	
0011 Abc. B. Variação			4.75	4.75	28	1.18	4.75	0.04	0.20	
0011 Abc. B. Variação			2.02	2.02	28	0.55	2.02	0.02	0.02	
<b>UNICAÇÕES DE SERVIÇOS</b>										
0017 CONTRIBUIÇÃO P. PÚBLICA			11.28	2.00	2	2.00	0.00	0.00	0.00	

Media últimos meses (kWh): **VENCIMENTO 28/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 198,62**

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
25	44
20	4
15	27
10	107
5	219
192	224

Nov 11 Dez 11 Jan 12 Fev 12 Mar 12 Abr 12 Mai 12 Jun 12 Jul 12 Ago 12 Set 12 Out 12

NO RELEVADO 603-61-071

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

**Indicadores de Qualidade**

Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
EM TENSÃO	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	180.49	91.35
EM TRANSMISSÃO	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	4.75	2.40
EM ANEEL	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	2.02	1.02
EM DISTRIBUIÇÃO	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	11.28	5.63
EM SERVIDORES	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	11.28	5.63
EM OUTROS	0.00	220	Phasors e Voltage Sag	0.00	0.00
Total	0.00	220	Total	198.62	100.00

**ATENÇÃO**



**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

28/11/2018 R\$ 198,62



PARA SAIR: ROTELO 12 - 5 - 242 - 450 Mensagem: 1698251-221118-14

83640000001-1 98620149000-0 18983562018-7 11400005019-4





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Alexandra Genor Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gliton Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120917914/82, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Gliton Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120917914/82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ 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
Bairro <u>Changabira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53056-384</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 04 de Fevereiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Genor Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ONARDO PEDRO DA SILVA FILHO,

RG nº 2412147, data de expedição 08/04/1997

Órgão SSP/PB portador do CPF nº 031196564-45, com domicílio na cidade de JOUCENA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Km: MATIAZ KTA, nº 26,

complemento FAGUNDES declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Blerton Franco da Silva cujo o condutor era Blerton Franco da Silva

Veículo: = MOTO  
Modelo: = HONDA/XR 250 TORNADO  
Ano: = 2008  
Placa: = KGU 6303/PB  
Chassi: = 9C2MD34008R024698  
Data do Acidente: 14 de Abril 2018  
Local e Data: Joúena 14 - Abril 2018

Onaldo Pedro da Silva Filho  
Assinatura do Declarante

SELO DIGITAL  
AGS24161-8NRM  
Consulte Autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS

RAIACI CUNHA DOS SANTOS  
TAVALEZ

Rua: São José, 174  
Fagundes - Lucena - PB  
Telefones: (83) 3293-1286 - 3293-1200

Protocolo de Registro de Veículo e Tabela de Valores  
RUA DE SÃO JOSÉ, 174 - FAGUNDES - LUCENA - PB

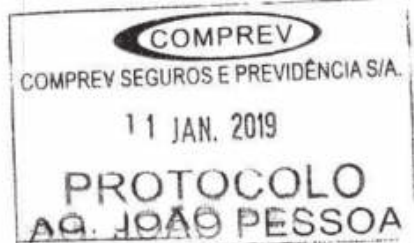
Cartório de Registro de Veículo e Tabela de Valores

Raiaci Cunha dos Santos

Oficial e Tabelião

Rua: São José, 174 - Fagundes - Lucena/PB

Fones: (83) 3293-1286/3293-5195







## CERTIDÃO

Nº. 0757/2018

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 878869 prontuário Nº 2016.08.1746 pertencentes à **CLEITON FRANCO DA SILVA** que foi atendido dia 20/08/2016 às 21H35min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 21/08/2016 e alta medica 23/09/2016.

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

João Pessoa, 18 de maio de 2018.

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





### FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 21 / 08 / 06

Nome: Cláudia Franco  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_  
 HDA: dor de cabeça

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**  
**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso 5 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: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectoração  Hemoptise  
 Dispnéia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_

**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-reposo  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.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS • DM TB NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Kx

Hipóteses Diagnósticas: Fact exp. de fibril eq

Conduta: Cirurgia





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Clerton Franco</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Jacques</i>			1º Assistente: <i>Dr. Marco Wilmey</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

#### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Fract exposta de perna eq*

#### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

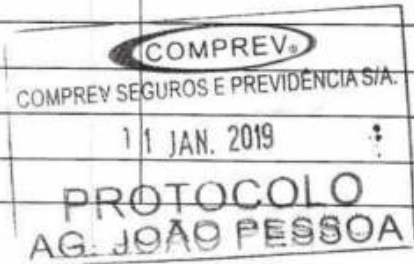
CID

*0 memo*

#### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Trat. cirurgico de fract exp. de ossa de perna Eq.*



Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Acuente em DPT sob anestesia

Incisão:

Desbridamento de FO em 113 ped.  
de peso eq

Achados:

Ficat exp de fibrão eq.

Conduta:

lavagem vigorosa c/ SF

Fechamento:

de pele com Nylon 2.0

Tala coxo - podalica

OBS:

Não tinha bateria de motor no serviço  
para realização de Tratamento definitivo

Data:

08/08/66

MÉDICO/CRM

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

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A  
11 JAN 2019  
PROTOSOLO  
AG. JOAO PESSOA

Dr. Suelio Moreira Torres  
C.R.M. PB 7195





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>CLAYTON FRANCISCO DA SILVA</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
EMP:		LR:	
Data:	Cirurgião: <u>DR. JONAS</u>	1º Assistente: <u>GENIVALDO</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista: <u>RIBRANO</u>	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Fratura do 1º dedo da mão direita</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>1ª Cirurgia de fratura do 1º dedo da mão direita</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (x) Não	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (x) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico	

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 11 JAN 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Rua An. Fiscal José Costa Duarte, S/A, CEP 55000-000, João Pessoa, PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

João em Decúbito dorsal  
Anestesia  
Paciente Assintomático

Incisão:

incisão longitudinal

Achados:

Lesão na base da falange

Conduta:

Redução do osso articular  
fixação  
Aplique de gesso e fixação  
R. T100

Fechamento:

João 90% fixado  
CURADO

OBS:

Data:

21/08/10

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico do Trabalho  
MÉDICO/CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE / ORIG. EMISSÃO: 2427718 0311 PB

CPF: 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO: 21/08/1982

RELAÇÃO: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE

PLANO: FIMBRIA: ACC: CADER: 73

Nº PASSAP: 01951269660 VIGÊNCIA: 14/01/2019 1ª ATRIBUIÇÃO: 29/06/2001

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR 894056231

IDENTIFICAÇÃO

*Alexandra Cesar Duarte*  
 IDENTIFICADO(A) PORTADOR(A)

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 17/01/2014

*Rodolfo Carneiro* 66588356744  
 IDENTIFICADO(A) PORTADOR(A) V2027919595

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 11 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P.900



*Maria Isabel Marculino Franco*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2714538 DATA DE EXPEDIÇÃO 01 DEZ. 1999

NOME MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO  
 João Marculino Franco  
 Relação Antonia Salvino

VACINADO  
 BRASIL  
 28-01-1982  
 DATA DE NASCIMENTO

Lucena-PB  
 NATURALIDADE

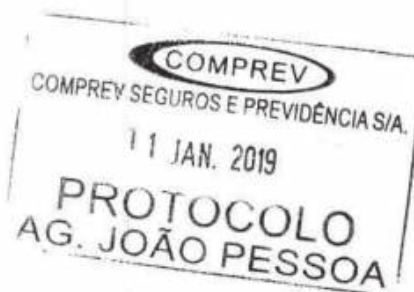
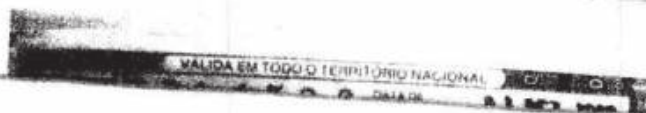
Cert. Nasc. Nº 2737, fls. 288, Liv. A-3,  
 Cart. Lucena-PB

CPF  
 João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR  
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 11 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Maria Isabel Marculino Franco
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 27.415.36
CPF: 044.651.94-80
Profissão: doméstica
Endereço: Rua Raquel de Vasconcelos, 138
CEP: 58316-000
Telefone: (83) 98663-4900 - 99342-1170

OUTORGADO:

Nome: Alexandria Alves Duarte
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casada
Identidade: 2627738
CPF: 046.502.754-721
Profissão: advogada
Endereço: Avenida Fiscal José Costa Duarte, 153
CEP: 58056-384
Telefone: (83) 98663-4900 / 99342-1170

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a vítima: Delton Franco da Silva

Fagundes, 20-12-18
Local e data

Maria Isabel Marculino Franco
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
Serviço Notarial e Registral

IRACI CUNHA DOS SANTOS
TABELIA

Reconhecido por mim, Tabelião, a(s) Firma(s) de Maria Isabel Marculino Franco

conforme autógrafo arquivado neste Ofício.
Fagundes - Lucena - PB, 20 / 12 2018

Rua São José, 474 - Fagundes - Lucena - PB - Tels. (83) 3293-1286/3294-1995 - FAX (83) 3293-1286
ESCRITURAS, PROCURAÇÕES, RECONHECIMENTO DE FIRMAS E CÓPIAS AUTENTICADAS

SELO DIGITAL
AHW83185-ELLK
Consulte a autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013005/19

**Vítima:** CLEITON FRANCO DA SILVA

**CPF:** 120.917.914-82

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 20/08/2016

**Titular do CPF:** CLEITON FRANCO DA SILVA

**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  
Outros

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

#### CLEITON FRANCO DA SILVA : 120.917.914-82

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](http://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: 11/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

