



Número: **0803937-75.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONCIO BARRETO DA SILVA (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38977 359	02/02/2021 09:28	2780576_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11942962

A/C: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170593727 ASL-0425422/17

Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Data Acidente: 03/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/11/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00923/00924 - carta_03



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11943219

A/C: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170593727 ASL-0425422/17

Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Data Acidente: 03/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01479/01480 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **LEONCIO BARRETO DA SILVA**

Sinistro: **3170593727**

Vítima: **LEONCIO BARRETO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170593727** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00605/00606 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12156159



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12250590

A/C: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170593727
Vitima: LEONCIO BARRETO DA SILVA
Data do Acidente: 03/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LEONCIO BARRETO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000054885-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros
dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01495/01496 - carta_15R - INVALIDEZ

00020748





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Boneto Boneto da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 3065208 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 01/08/16 ECPF 099434904-18 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MotoristaE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Boneto Boneto da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner: colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 N.º da CONTA (com dígito, se existir) 000000000000000000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pedro 21 de novembro de 2016

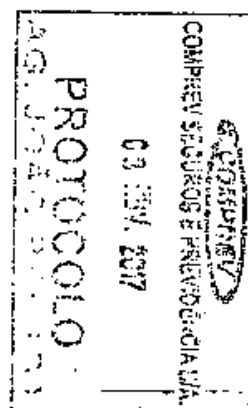
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





18





Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia-Geral Da Polícia Civil
1º Superintendência Regional De Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04912.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04912.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 10 dias do mês de Novembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, Escrivão De Polícia, às 17:35 horas, compareceu LEONCIO BARRETO DA SILVA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motoboy, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 21 de Fevereiro de 1989, idade 27, filiação Josimar Augusto Barreto e Neidson Nery da Silva, Documento - CPF: 079.757.704-18, residente Rua Terezinha Ferreira de Lima, 408, complemento casa 04, Ernani Sátiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98642-0425.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Cruz das Armas, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 03/08/16 11:30

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 03/08/16, por volta das 11:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN ESD, cor preta, ano 2011, de placa NQE-7114/PB, chassi nº 9C2KC1650BR536432, registrada em nome de Bruno Marinho Medeiros de Lima, pela Avenida Cruz das Armas, no sentido Cruz das Armas/Oitizeiro, ao chegar nas proximidades do 15º Bf.Mtz, após atingir um veículo que obstruiu sua passagem, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do 5º metacarpo direito, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

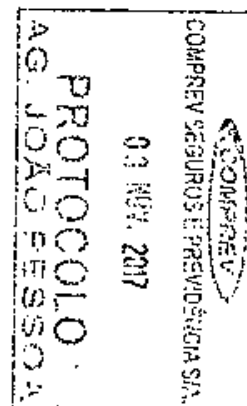
Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 10 de Novembro de 2016

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

LEONCIO BARRETO DA SILVA
Noticiante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.002-3



Procedimento: 04912.01.2016.1.00.400

01



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Bernardo Barneto de Silva, portador da carteira de identidade nº 3065208 e inscrito no CPF sob o nº 049.758.406-18 residente e domiciliado na Rua Tenizinha Carneiro de Lima, 404, 04 - Cornéisio Sattler, Cidade João Pessoa, Estado Pernambuco, 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:

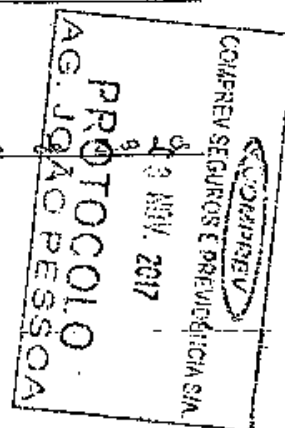
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bernardo Barneto de Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 21 de Novembro
Local e data



04



Ato declaratório

Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 974030 Atcd: Nao Regula-
Data: 03/08/2016
Hora: 14:14:17
Recepcionista: ARIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONCIO BARRETO DA SILVA
CNS: 203160495270004 Sexo: M IDENTIDADE: 3065208 Fone: 86420425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA TERZINHA FERREIRA DE LIMA, 408 CASA IV CARTAO DO SUS 2031604952700041
Bairro: ERNANI SATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: NEIDSON NERY DA SILVA
Mãe: JOSIMAR AUGUSTO BARRETO

Ocupação: OFFICE-BOY

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: LEONCIO BARRETO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 86420425 / IDENTIDADE: 3065208
Procedencia: BAIRRO CRUZ DAS ARMAS

FATURADO

Transporte utilizado: VETO DE MOTO EM M INCOMPLETO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO PROX O QUARTEL DO 15

Vitima de violencia por: CONDUTOR DA MOTO TAVA TRABALHANDO MORENO

☐ Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PR: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Sina. Aod: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitacao
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao

Queixa Principal

Colisão carro/moto

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vitima de acidente de moto, vindo
perdendo a consciencia e os membros, com que-
da da em pulso e não direito

Diagnóstico

fratura 5º MTC

Conduta

Avaliação ortopedica
Dipnoria que não ev.
Alto C. Geral

Prescrição

Horario da medicacao

Luna L. C. da Silva
CRM 12.802

02



HISTÓRICO

Paciente vítima de acidente
MOTOCICLISTICO (SIC), apresentando
Dor em mão D.

RX: Fr em 50 MTD
(BOXER)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

- CD: 1) ATENDIMENTO A
RESERVA INCAUTOS
2) RX DE CONTROLE
3) ATEND P/ CASA
4) TAZA GARRAFA
5) RETORNO em 8 dias

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Dr. Leonardo
Médico
CRM/PS 10330

COMPREVE
COMPREVE
03 NOV. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Reservado p/ liberação

Assinatura Enfermagem
PROCEDIMENTO REALIZADO

070309092-7
040802012-2 (5628)

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferência ☐ Desistência ☐ JUI
☐ Alta e pedido ☐ Enfermaria ☐ Óbito ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

X. [Assinatura]
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030/0909092-7
030/0909092-7

03



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: 11/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONCIO BARRETO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000054885-0

Nr. da Autenticação B942ECC797767314



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

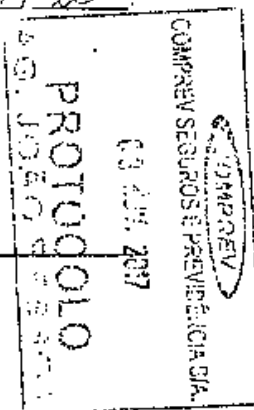
Eu, Francisco Benito da SilvaRG nº 3065208, data de expedição 01/08/16Órgão SSP/PB, CPF nº 049.464.404-18, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Teófilo Carneiro de Lima</u>
Número	<u>408</u>
Aptº / Complemento	<u>Casa 04</u>
Bairro	<u>Conceição Sátiis</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58085-805</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98854-1132 / 98732-6361</u>
E-mail	<u>alencar.marcos@ant.ribeirasilva.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB 21/11/16

Assinatura do Declarante



JOSICLEIDE BATISTA DE ANDRADE
RUA TEREZINHA FERREIRA DE LIMA, 4 - ERVANIA SATIRO
JOÃO PESSOA/PB CEP 58080005 (PO: 5)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 6 + 2 + 059 - 1880
XP Medidor: 0003005373

ENFERMAGEM - DIS TRIBUNADOR DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Costa Rodovia, João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CPF: 03.056.183/0001-40 Ins. Est: 16015.8230

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.861.151
Código para Dúvidas Atendimento: 0001091222

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 6/1081232-7**

Nov / 2016

Canal de contato

Apresentação

17/11/2016

Data prevista da próxima leitura

16/12/2016

CPF/ CNPJ/ RAN

628080104
Insc. Est:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/09/16	3184	17/11/16	2248	1
				85
				30

Faturas em atraso

26/10/2016 109,77

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	95	0,42078	37,42
Adc. B. Amarela			0,73
ICMS			12,82
PIS			0,11
COFINS			0,50
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			7,07

Histórico de Consumo (kWh)

Out/16	147
Set/16	78
Ago/16	78
Jul/16	85
Jun/16	57
Mai/16	108
Abr/16	81
Mar/16	82
Fev/16	84
Jan/16	85
Dez/15	71
Nov/15	2

Média dos últimos meses
82 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	51,88	25,00	12,97
PIS	51,88	0,2153	0,11
COFINS	51,88	0,0961	0,50

VENCIMENTO
24/11/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 53,75

227e.c32d.9d98.a596.6048.3d6b.ef77.51dc.

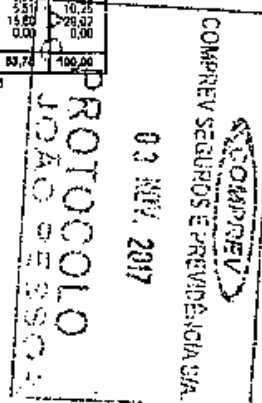
Indicadores de Qualidade

9/2016-Mensal

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Disseminação	Valor (R\$)	%
DIC/VESENTAL	5,25		Serviços de O&M de Energia	14,02	26,08
DO TRIMESTRAL	11,10		Controle de Energia	17,68	32,98
DE ANUAL	22,21	ROMANAL 770	Serviços de Transmissão	0,28	0,52
TRIMESTRAL	3,48		Encomenda Serviços	2,51	4,68
SEMANAL	0,87	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202	Impostos Diretos e Indiretos	16,80	31,07
DIÁRIA	13,95	LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,03	0,06
HORÁRIA	3,20				
ENERGIA	12,22		Total	53,75	100,00

Valor em R\$ (R\$ 9/2016) R\$ 53,75

Atenção

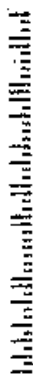


Recebo assinado de Suelio
Pereira

Comprovante de residência



Atendimento Claro - Lique 11
Auto-Atendimento - Lique 10
Na Web - www.claro.com.br/minhacl



CTC RECIFE PE JPA PLS
JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PB

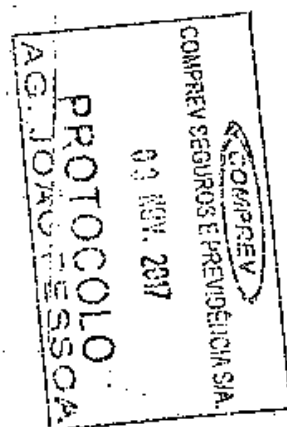


DATA DE VENCIMENTO: 15/08/2016 - DATA DE POSTAGEM: 01/08/2016



72113435750400000007251430010816

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
99342 1170	de 23/06/2016 a 22/07/2016	15/08/2016	RS 39,87



11/11/2001 11:11:11 AM

COMPLET

11 DEZ. 2017

PROTOCOL
AG. JOAO BELO



Out / 2017

Apresentação
18/10/2017

Data provvista:
Proxima lettura:
17/11/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
326608104

UC (Unidade Consumidora): 826808104
5/1091232-7

Canal de contat

Anterior Atrial Constant Constant

VENCIMIENTO
25/10/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 49,86

RESERVADO AL FISCO
B46B.16c8.50b1.31e4.68d9.d6c1.6727.b1b5.

Indicadores de Qualidade

Unidade	Apurado	Receita de Censo
Unidade de Análise	10,00	10,00

Continued from Page 1		
Disbursement	Year	
...	...	...

ATENCIÓN

Abstract





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

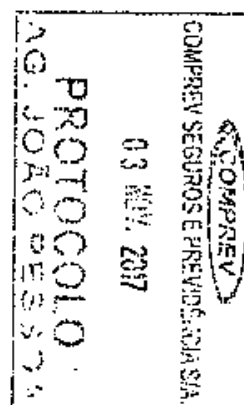
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Boneto Barreto da Silva do sinistro de DPVAT da natureza da vítima Pedro Barreto da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bruno Marinho Medeiros de Lima,RG nº 2929173, data de expedição 01/09/2011,Órgão SSD/PA, portador do CPF nº 092.235.144-95, comdomicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado dePARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)JOSEFA NEVES RATES DE LIMA, nº 11,

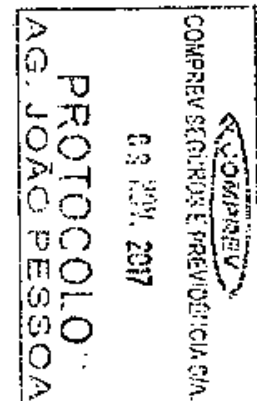
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Deuaneir Barreto da Silva cujo o condutor eraDeuaneir Barreto da Silva.Veículo: motôModelo: HONDA/CG/150 TITANAno: 2011Placa: NQE 7114/PBChassi: 9C2KC1650BR536432Data do Acidente: 03-08-16Local e Data: JOÃO PESSOA, 26-9-17

Bruno Marinho Medeiros de Lima
Assinatura do Declarante

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





Documentação médica - hospitalar



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1614/2016

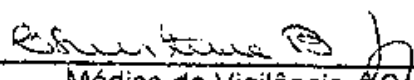
Atendendo solicitação de **EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 874030, pertencente a **LEONCIO BARRETO DA SILVA** que foi atendido no dia 03/08/2016 às 14h14min, vítima de colisão moto x carro, apresentando dor em punho e mão direita.

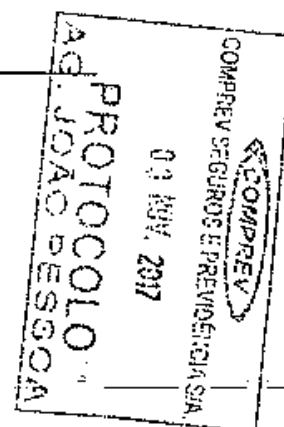
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em 5º metacarpo direito.

Realizado redução incruenta e demais itens do tratamento conservador.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de outubro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



06





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Leonardo Barreto da Silva				PROSEQUIRÁRIO Nº	2011070700
IDADE	27	SEXO	M	COR	BRANCA	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	12/08/16	DATA DE ALTA	02/09/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura do 8º VTC-D				CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fratura do 8º VTC-D				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO:
De 07 do tratamento cirúrgico e

TERAPIA MÉDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLTA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

80 dias operatório de 02/08/16 a 02/09/16. Após trauma que causou fratura do 8º VTC-D.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente em Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA 02/09/16 ASS. MÉDICO / C. 01 SET 2016

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. R. FISCAL JOSE COSTA QUARES, S/N
51068-284 JOAO VESSOR FONE: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 874030 Atcd: Nao Regulado
Data: 03/08/2016
Hora: 14:10:17
Recepcionista: ARIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONCIO BARRETO DA SILVA Num. de vezes atendido: 7
CNS: 203160495270004 Sexo: M IDENTIDADE: 3069208 Nome: 86420425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/12/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA TERZINHA FERREIRA DE LIMA, 408 CASA IV CARTAO DO SUS 2031604952700041
Médico: EKNANI BATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: NEIDSON NERY DA SILVA
Mãe: JOSIMAR AUGUSTO BARRETO
Ocupação: OFFICE-BOY
Informações de Entrada
Resp.: LEONCIO BARRETO DA SILVA
Tel. Doc. Responsável: 86420425 / IDENTIDADE: 3069208
Procedência: BAIRRO CRUZ DAS ARMAS

FATURADO

Transporte Utilizado: VETÔ DE MOTO EM M INCOMPLETO
Módulo de acidente por: COLISAO MOTO, C/ CARRO PROX O QUARTEL DO 15
Módulo de violência por: CONDUCTOR DA MOTO TAVA TRABALHANDO MORENO
Caso Policial

EXATONOLIA

Classe de Classificação de Risco:

PA: 1RI
LC: 1FI
Peso: Altura:
S. Arterial: 120/80
S. Arterial: 120/80

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem
☐ Politraumatizado
☐ Hemorragia
☐ Diarreia
☐ Regular
☐ Vômito

Observação

Síntese Principal

Colisão carro/moto

COMPROVANTE DE PREVENÇÃO VIA
03/08/2017
PROTÓCOLO

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:
Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:
Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:

Exatéria - Exame Físico - Hora do atendimento médico:



~~HISTÓRICO~~

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO (SIC), APRESENTANDO
DOR EM MTD.
RX: Fx em 5º MTD
(BOXER)

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

- CD: 1) REALIZADO A
REDUÇÃO INCIWENTA
2) RX DE CONTROLE
3) AINE P/CASA
4) TAZA GABAPENTINA
5) RETORNO EM 8 DIAS

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Quesel Medicamentos Dose Horario Evolucao

Dr. Leonardo Lima
Médico
CRM/RS 10330

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ Liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

030309022-7

040000012-2 (5628)

DESTINO DO PACIENTE

Residência

[] Transferência

[] Convalescência

[] OTC

Alta e pedido

[] Enfermaria

[] Atestado

[] SVO

COMPREVE
COMPRESSORES E PREVENÇÃO SIA
03 NOV. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030309022-7
030309022-7

09





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Leonardo Barreto da Silva		PROTESTAÇÃO Nº		2011070700	
IDADE	SEXO	COR	CLASSE	ENF.	LEITO		
24	M		Crédito				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
17/08/16		01/09/16					
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura do 8º VTC-D		CID			
DIAGNÓSTICO DESENVOLVIDO		Fratura do 8º VTC-D					
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
PROCEDIMENTO REALIZADO:							
Redução e fixação com placa e							
TERAPIA MEDICAMENTOSA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL		☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO							
CONDIÇÃO DE ALTA		☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)

Doente operado por fratura de 8º VTC-D

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: ☐ Líquida ☐ Semifluida ☐ Normal

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "pus" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.

Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

01/09/16

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ASS. MÉDICO / C. Méd.

01 SET 2016

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:28:18



LEONCIO BARRETO DA SILVA

RG 3063208 SSP PB

CPF 019.757.704-18 Data Nascimento 21/02/1989

Nome: NEIDSON NERY DA SILVA

Nome: JOSIMAR AUGUSTO BARRETO

Residência: [] MCC [] CATIAS

Estado: [] MOITA [] AB

CPF 04588502985

Validade 01/06/2021 06/07/2009

Assinatura

Assinatura do Titular

Nome: JOAO PESSOA, PB Data: 01/06/2016

CPF 41514271248

RG 00032508768

1289144369

COMPREV

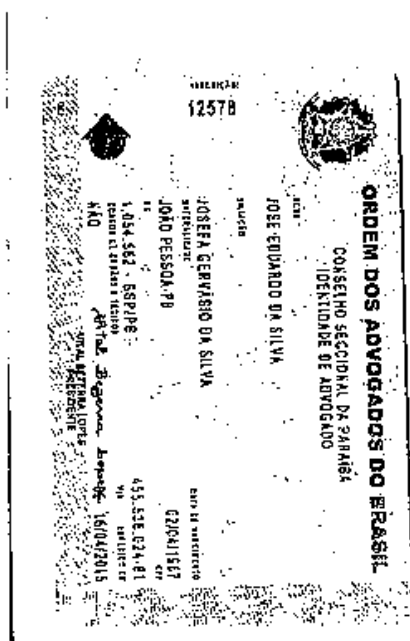
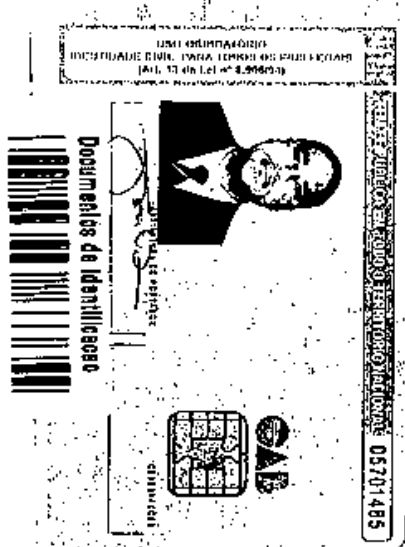
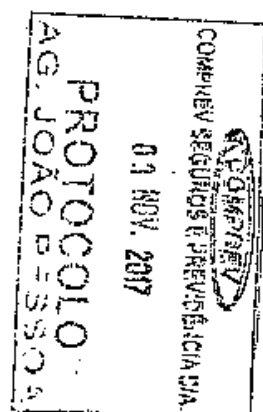
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

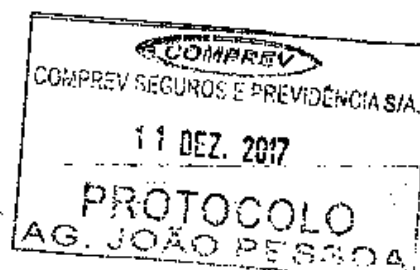
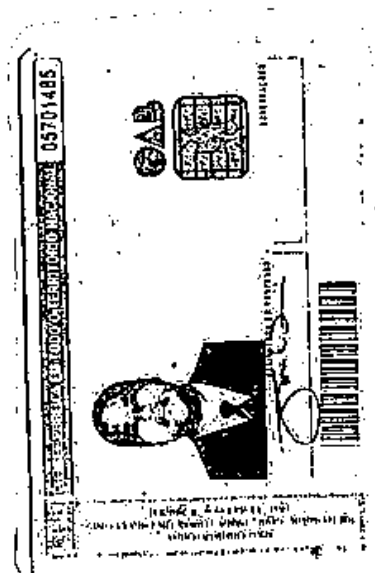
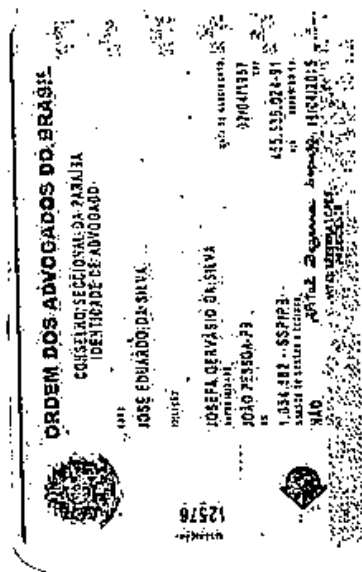
03 MAR, 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA







**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **LEONCIO BARRETO DA SILVA** Sinistro: **3170593727** Data: **03/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Terezinha Ferreira de Lima, 408, CASA 4 - Ernani Sátiro - João Pessoa - PB - CEP 58080-805**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp** / **PB**] **3065208**

Data local do exame: [**08/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura de 5º metacarpo direito . Acidente em 03/08/2016 Ao exame :presença de cicatriz em dorso da mão direito com discreto edema e dor a palpação. Limitação de 25% de flexo extensão de 5 ° da mão direita.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Inicialmente tratado com imobilização e após reavaliação em Ambulatorio , internado novamente para cirurgia , recebendo alta em 01/09/2017**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação motora

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
5º dedo mão direita

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593727 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA **Data do acidente:** 03/08/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5º metacarpo direito

Descrição do exame médico pericial: Acidente em 03/08/2016

Ao exame :presença de cicatriz em dorso da mão direito com discreto edema e dor a palpação.
Limitação de 25% de flexo extensão de 5º dedo da mão direita.

Resultados terapêuticos: Inicialmente tratado com imobilização e após reavaliação em Ambulatorio , internado novamente para cirurgia ,
recebendo alta em 01/09/2017

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Centros de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425422/17
Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA
CPF: 079.757.704-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/08/2016
Titular do CPF: LEONCIO BARRETO DA SILVA

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

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

LEONCIO BARRETO DA SILVA : 079.757.704-18

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425422/17
Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA
CPF: 079.757.704-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/08/2016
Titular do CPF: LEONCIO BARRETO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LEONCIO BARRETO DA SILVA : 079.757.704-18
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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 11/12/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Data do cadastramento: 11/12/2017
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593727 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONCIO BARRETO DA SILVA **Data do acidente:** 03/08/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mão direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Francisco Barreto da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Motoboy, CI RG nº 3065208 SSP/PB,
CPF/MF nº 049.454.404-18, residente e domiciliado(a) à Rua
Tenizinhos Carneiro de Lima, 4 - Varadouro Setim,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58080-805, telefone
(83)35126361, (83)987326361.
(83)986602858

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e
RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro,
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, 21 de Novembro de 2016

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Francisco Barreto da Silva
OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA

