
Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017345

Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO VICENTE FERREIRA

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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017345

Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEONARDO VICENTE FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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: 094.517.894-80 Nome completo da vítima: Guimarães Vicente Ferreira

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

Nome completo: Guimarães Vicente Ferreira CPF: 094.517.894-80
Profissão: Recebeu - de Endereço: 501 - Coração Número: 010 Complemento: _____
Bairro: Área Rural Cidade: Sobradinho Estado: PB CEP: 58342-000
E-mail: carlsoneto@fotmail.com Tel.(DDD): 83-988495530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 4002362 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Sobradinho - PB, 07 de Janeiro de 2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Guimarães Vicente Ferreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Abelton Luiz de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)
Carla Maria Neto

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: 07 JAN. 2019
CPF: _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Assinatura
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.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 72 /2018

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: LEONARDO VICENTE FERREIRA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** SAPÉ-PB **PROFISSÃO:** AGRICULTOR **DATA DE NASCIMENTO:** 28/01/1992 **IDADE:** 26 ANOS **RG:** 3.652.123 SSDS/PB **CPF:** 094.517.894-80 **FILIAÇÃO:** PAULO SERGIO VICENTE DIAS E SEVERINA FERREIRA **ENDEREÇO:** SÍTIO CARUCU, S/Nº., AREA RURAL, SOBRADO-PB. **TELEFONE:** 83-99354-2576 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** BRANCO **DIA DO OCORRIDO:** 20/11/2017 **LOCAL DO FATO:** RODOVIA BR 230 CAFÉ DO VENTO-PB.

NARRATIVA: LEONARDO VICENTE FERREIRA AFIRMA QUE NO DIA 20/11/2017 QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS XTZ 250 DE PLACA QFU-6346/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DA SRA JOELMA CLAUDINO DA SILVA, PELA BR 230 NAS PROXIMIDADES DA CASA DE FARINHA MANOEL ROSENDO NA CIDADE DE CAFÉ DO VENTO-PB, AO PASSAR POR UM BURACO QUE HAVIA NA PISTA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A COLIDIR CONTRA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, E EM DECORRÊNCIA DESTE FATO, CAIU SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 21:41H E SIDO DIAGNOSTICADO COM TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (FRONTO-ORBITÁRIA D + TÁBUA EXTERNA + SEIO FRONTAL) CID S 01.7 + S00.9 + S02.7, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM: 1741/PB, ORA APRESENTADO. POR ESTE MOTIVO NOTICIUO O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

X *Leonardo Vicente Ferreira*

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 155.268-1

Cabedelo-PB, 10 de agosto de 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 JAN. 2019

PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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: 094.517.894-80 Nome completo da vítima: Guimarães Vicente Ferreira

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

Nome completo: Guimarães Vicente Ferreira CPF: 094.517.894-80
Profissão: Recebeu - de Endereço: 501 - Coração Número: 010 Complemento: _____
Bairro: Área Rural Cidade: Sobradinho Estado: PB CEP: 58342-000
E-mail: carlsoneto@fotmail.com Tel.(DDD): 83-988495530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 4002362 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Sobradinho - PB, 07 de Janeiro de 2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Guimarães Vicente Ferreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Abelton Luiz de Oliveira
Assinatura do Procurador (se houver)
Carla Maria Neto

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: 07 JAN. 2019
CPF: _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Assinatura
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.



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. LEONARDO VICENTE FERREIRA, residente no Sítio Cordeiro, - Zona Rural – Sobrado- PB, Nascido em 28/01/1992 o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 20/11/2017, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade.(Hospital de Trauma – João Pessoa).

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 13 de Julho de 2018

Atenciosamente,


Eduardo da Silva Costa
Diretor Geral
MAT 2122473

EDUARDO DA SILVA COSTA
Diretor Geral



ClasserSuds RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONTEA
Rango 4, 264, 257, 1420 *Pmcoor/ COLO485313



ENERGISA PARANGA - DISTRIBUCION DE ENERGIA S.A.
Km 25 - Zona Recreos - Jairo Restrepo FE - CEN 5907 - 098
CNP/IN 005 182/0001-40 - Hqs. Ext 16 015 5500

Para Fretar a Taxa de Energia Diária contem: 245,67
Cód. para Diá. Automático: 000 10425 12

Atendimento ao Cliente ENERCISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	07/12/2018	09/01/2019	992.863.384-20 Ind. Elit

UC (Unidade Consumidora): 5/1542517-6

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2016 de 10 a 14 de dezembro de 2016
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

[illegible]

FCI Cálculo de Clases de Consumo	TOTAL	170.00	214.34	63.45	214.34	273	10.71
Adida últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO			TOTAL A PAGAR			

14/12/2018 R\$ 170,60
Historico de Consumo (kWh)

202	220	195	195	241	244	267	243	260	261	247	271
Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18

RESERVADO AO FISCO
57d7.c348.9d88.662a.601c.b917.0b21.859b.

Indicadores de Qualidade			Limite de Tensão (V)	
	Limites da ANEEL	Apurado		
DAC MENSAL	11,54	0,00	NORMAL	228
DMC TRIMESTRAL	23,79			
DMC ANUAL	49,70	0,00	CONDIÇÃO LIMITE INFERIOR	202
T.C. MENSAL	7,92		LIMITE SUPERIOR	231
T.C. TRIMESTRAL	15,64			
T.C. ANUAL	31,25	0,00		
DMC	6,25			
DMC	12,50			

ATENÇÃO

Nov/18 19

Nov/18 195,60



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

enerGISA
PARAÍBA

Page 4 - 364, 357 - 1430
Page 5 - 364, 357 - 1430

83600000001-5 70600054000-7 15425172018-5 12193

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

14/12/2018

RS 170,60

83600000001-5 70600054000-7 15425172018-5 12193



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE RJL DATA DE POSTAGEM: 07/12/2018

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



72113071021191454801638536930071211

3335

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Henrique de Oliveira Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.894.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leonardo Viana Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.517.894 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Leonardo Viana Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.517.894 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Cecília</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.achet@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa - PB, 07 de Janeiro de 2019
Local e Data

Paulo Henrique de Oliveira Brito
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joelma Claudino da Silva,
RG nº 2367515, data de expedição 26 / 09 / 1996,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 042.132.574-79,
com Domicílio na cidade de Solânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 51ª Lavoura,
Área Rural nº 31m², complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
Leonardo Vicente Ferreira, cujo o condutor
era Leonardo Vicente Ferreira.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / NX R 160 BROS 65DD
Placa.....: QF06346/PB
Chassi.....: 9C2K20810HR416482
Data do acidente.: 20 de novembro de 2017

Local e data: Solânea - PB, 13 de setembro de 2018

X Joelma Claudino da Silva 

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Leonardo Vicente Ferreira

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - São
Paulista - CEP 58.340-000 - Sape - PB
Fone: (35) 3283-2341 / 9313-3165
Siretina Lucia Malheiros Feliciano S.
Tabelião

CARTÓRIO ÚNICO
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escriturante

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (35) 3283-2341 / 9313-3165
CEP 58340-000 - Sape - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOELMA CLAUDINO DA SILVA

Em test. da verdade. Sape-PB 13/09/2018 10:46:43
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escriturante
(2018-007642) ENL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: 444733/3-1806
Confirma a autenticidade da assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Renando V. Ferreira Data: 20/11/14
End.: St. Condurso
Bairro: _____ Cidade: Solimão
Unidade de origem: _____ chegada: 13:14h.

Motivo de Encaminhamento

Paciente com histórico de Colúmbio Motor Motor, apresentando lesões na região dos Glândulas (ex. de glândulas Salivares). Realizado exame de urina + cultura e outros exames.

Paciente com lesões e encaminhado no momento para análise Neurológica

Dr. Jurea Dink
MÉDICA
CRM 5876 PB

Medicamento Administrado

① Sal. Sulf. IV, ② T. L. 1.5g + 10 ③ Benzocet. 1.200.000 - 12h

Referenciado para: HEE S.H.L.

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Assinatura/Carimbo médico





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

- [] 01 - ELETIVO.
- [] 02 - URGÊNCIA
- [] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
- [] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
- [] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

PROCEDIMENTO - descrição:
1-79

Celino- Muto-Pheto

MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO:	
[]	PRESCRITA	[]	OBSERVAÇÃO
[]	APLICADA	[]	INTERNAÇÃO
		[]	RESIDÊNCIA
		[]	OUTRO HOSPITAL
		[]	OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- 0 2 0 1 0 6 0 0 2 2									
2- 0 2 0 1 4 0 0 0 3 9									
3- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo									
CNS			CEO			CRM			
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL						OU POLEGAR DIREITO			
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo						ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo			

13-2767

13-30

SRL MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS S/A

Téc. em Enfermagem

Rec. em 98-442262

EVOLUÇÃO CLÍNICA

LIMITE MÁXIMO
12 HORAS

MÉDICO

ENFERMEIRO

20.11.17 # 13:20h - Retirada de edificação
motô x motô, trazido pelo SAMU, deu
entrada na Urgência apresentando corte
cintura profunda na região frontal. No
momento, consciente, eufórico, SSVS está-
veis. Neg. perda da consciência e vômitos.
Realizado sutura + curativo compressivo +
HVP. Segue em observação. ~~off~~
Atenção após reavaliação,
Dr. Silva encaminhou para
avaliação no HETSIH. O mesmo de
na ambulância de Salvador. ~~off~~
Em tempo. Não faz uso de
Capacete (BSC)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LEONARDO VICENTE FERREIRA
DATAS DE NASCIMENTO 28/01/92
NOME DA MÃE SEVERINA FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.042.949
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 21:41
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) +
FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (FRONTO-ORBITÁRIA D + TÁBUA
EXTERNA + SEIO FRONTAL)
CID 10 S 01.7 + S 00.9 + S 02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), há cerca de 8 hs, encaminhado do hospital Dr. Sá Andrade de Sapê-PB, apresentando TCE, e trauma, edema e equimose frontal e periorbitário D, e lesão na região da glabella. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face

TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (fronto-orbitária D + tábua externa + seio frontal) à TC da face. Sem alteração à TC do crânio. Realizado atendimento, sutura + curativo e tratamento conservador das fraturas a ser acompanhado pela BucoMaxiloFacial. Tratamento conservador do TCE pela Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 20/11/17
DATA DA EMISSÃO: 05/04/18


Dra. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

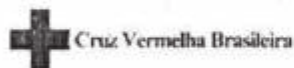
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

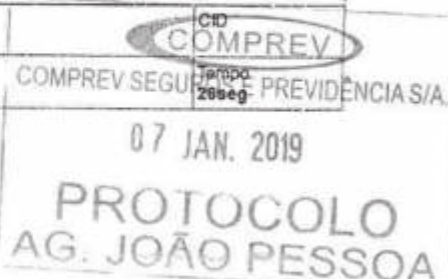
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRÔ GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1042949



Identificação do paciente				
ID 1232568	Nome LEONARDO VICENTE FERREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 28/01/1992	Idade 25 anos 9 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEVERINA FERREIRA	Pai PAULO SERGIO VICENTE DIAS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SEVERINA FERREIRA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3652123	Nº Cns 898004066979949		
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPÉ)	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB	
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58342000	Município de residência SOBRADO	UF PB	Logradouro CORDEIRO	
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2017 21:41:20	Número da pulseira 1000005808709	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				

Imprimir



* DIABETES



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

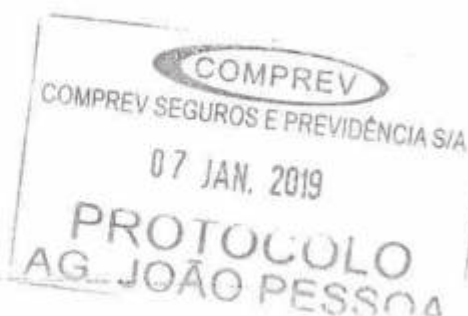
CNES: 6121221

Paciente LEONARDO VICENTE FERREIRA		BAE 1042949	Data/Hora Entrada 20/11/2017 21:41:20	Data Baixa
Data de nascimento 28/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 898004066979949	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe SEVERINA FERREIRA				Prontuário
Endereço CORDEIRO, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município SOBRADO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO DE FREITAS SUCUPIRA		Nº Cons. Regional 5810/PB
Data/Hora Classificação 20/11/2017 21:41:20			Data/Hora Prescrição 20/11/2017 21:51:09	
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha
Anamnese VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO SEM CAPACETE HA 8 HORAS REFERE EDEMA PEIORBITARIO E EDEMA FRONTAL ALTA DA CIRURGIA TC DE CRANIO AVALIAÇÃO DA NCR				
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA				
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta Em observação				

LEONARDO VICENTE FERREIRA

Dr. JOAO PAULO DE FREITAS SUCUPIRA
Cirurgião de Apêndice e Sigmoido
CRM-PB 5810
JOAO PAULO DE FREITAS SUCUPIRA
(: 5810/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 20/11/2017 21:41:46





End: E ARANJA UDC

End: -ço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 2165700

CNES: 2458276

Paciente LEONARDO VICENTE FERREIRA		BAE 1042949	Data/Hora Entrada 20/11/2017 21:41:20	Data Baixa
Data de nascimento 28/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 898004066979949	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe SEVERINA FERREIRA		Prontuário		
Endereço CORDEIRO, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município SOBRADO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	Nº Cons. Regional 4687/PB	
Data/Hora Classificação 20/11/2017 21:41:20		Data/Hora Prescrição 20/11/2017 23:15:51		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha
Anamnese				
NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE MOTO HÁ 12 HORAS, COM TCE E TRAUMA DE FACE. REG, EUPNEICO, EDEMA E EQUIMOSE FRONTAL E PERIORBITÁRIO DIREITO. TC FRATURA DE FACE, FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO AÉREO FRONTAL. CD.; OBSERVAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.				
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?				
Conduta				
Em observação				

LEONARDO VICENTE FERREIRA

Luiz Ricardo Santiago Melo
Neurocirurgia - CRM 4687

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LEONARDO VICENTE FERREIRA	BAE 1042949	Data/Hora Entrada 20/11/2017 21:41:20	Data Baixa
Data de nascimento 28/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 898004066979949
Mãe SEVERINA FERREIRA			Telefone de Contato (83) 900000000
Endereço CORDEIRO, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município SOBRADO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional 2262/PB
Data/Hora Classificação 20/11/2017 21:41:20	Data/Hora Prescrição 20/11/2017 23:57:40		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE MOTO HÁ 12 HORAS, COM TCE E TRAUMA DE FACE. REG, EUPNEICO, EDEMA E EQUIMOSE FRONTAL E PERIORBITÁRIO DIREITO. TC FRATURA DE FACE, FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO AÉREO FRONTAL. CD.; OBSERVAÇÃO, AVALIAÇÃO DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.

REALIZADA SUTURA EM REGIAO FRONTAL DIREITA E GLABELAR. o PACIENTE É PORTADOR DE FRATURA DO FRONTAL(PAREDE ANTERIOR) E SEGUE CONSCIENTE ORIENTADO E EM BOM ESTADO GERAL. LIBERADO PELA BUCO MAXILO PARA REAVALIAÇÃO EM AMBULATÓRIO

Conduta

Alta ~~clínica~~ BMF

LEONARDO VICENTE FERREIRA

TALVANE SOBREIRA
(: 2262/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LEONARDO VICENTE FERREIRA		BAE 1042949	Data/Hora Entrada 20/11/2017 21:41:20	Data Baixa 2017-11-21 08:12:53.0
Data de nascimento 28/01/1992	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 898004066979949	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe SEVERINA FERREIRA				Prontuário
Endereço CORDEIRO, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município SOBRADO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB	
Data/Hora Classificação 20/11/2017 21:41:20			Data/Hora Prescrição 21/11/2017 08:12:56	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

NEUROCIRURGIA

ACIDENTE DE MOTO as 13h do dia 20/11, COM TCE E TRAUMA DE FACE.

Ao exame

ECG=15/15

Sem deficits motores

EDEMA E EQUIMOSE FRONTAL E PERIORBITÁRIO DIREITO.

TC FRATURA DE FACE, FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO AÉREO FRONTAL.

CD.

Oriento paciente

Sem propostas neurocirurgias

Alta da neurocirurgia

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
DANIEL ESPINDOLA RONCONIMotivo de Alta
ALTA HOSPITALARData e Hora
21/11/2017 08:12:53

Observações

Daniel E. Ronconi
Neurocirurgia
CRM 7423
DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

LEONARDO VICENTE FERREIRA

COMPREV

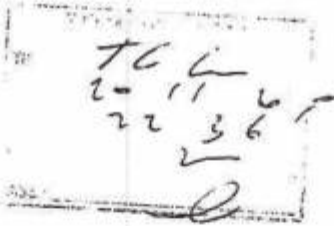
07 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 20/11/2017 21:41:46



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LEONARDO VICENTE FERREIRA		
Data de 28/01/1992	Nº Boletim Emergência 1042949	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO		
		

Dr. JOÃO SUCUPIRA
Cirurgião do Aparelho Digestivo
CRM 3810

20 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LEONARDO VICENTE FERREIRA		Data de Nascimento 28/01/1992	Idade 25	Sexo MASCULINO	Nº 1042949	Nº Frontalino	Data Prescrição 20/11/2017 21:51:09
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 20/11/2017 21:51:00 - 21/11/2017 21:51:00		Matrícula	
Convênio SUS						Senha	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

JOAO PAULO DE FREITAS SUCUPIRA
CRM: 5810

Dr. JOAO SUCUPIRA
Clínica de Neurologia
CRM-19.581

20 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000930449

Idade: 25 anos

Paciente: LEONARDO VICENTE FERREIRA

Data: 20/11/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.
Fratura do osso frontal à direita, incluindo o seio frontal e a órbita deste lado, associada a hematoma subgaleal regional.
Hemossinus frontoetmoidomaxilar.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/11/2017 22:44.



Dra. Catarina A R do Nascimento
CRM: 6278 - PB

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-220
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Leonardo Vicente Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

094.517.894-80

LEONARDO VICENTE FERREIRA

28/01/1992



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.652.123 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/05/2008

NOME LEONARDO VICENTE FERREIRA

FILIAÇÃO PAULO SÉRGIO VICENTE DIAS
SEVERINA FERREIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAPÉ-PB 28/01/1992

DOC. CÍVIL DISC. N. 735 FLS. 184V LIV. A1

MUNICÍPIO RIACHÃO DO POÇO/PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.127 DE 20/06/03

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013136576100

54678065158

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20160800014413-7

VIA

1

0110694588-0

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

JOELMA CLAUDINO DA SILVA

SIT CARUCU SN

58342000 SOBRADO-PB

CPF/CNPJ

04213257479

PLACA

QFU6346/PB

NOME ANTERIOR

NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KD0810HR416482

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NKR160 BROS ESDD

ANO FAB

2016

ANO MOD

2017

CAP/ROT/CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

07 JAN 2018

N.Motor : KD08E1H416508

PROTOCOLO

AG 10/11/2017

DATA

17/01/2017

SOBRADO-PB

LOCAL

33375



7003781

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190017345 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE,
FRATURA FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
042.132.574-79

Nome
JOELMA CLAUDINO DA SILVA

Nascimento
08/01/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIP/123





Joelma Claudino da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
DB81.8635.049A.AF28

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:25:34 do dia 02/09/2014 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2367515

REGISTRO GERAL
 DATA DE EXPEDICAO
26 SET. 1996

NOME
JOELMA CLAUDINO DA SILVA

FILACAO
Geverino Claudino da Silva

NATURALIDADE
Otavia José da Silva

Sapé-PB

DATA DE NASCIMENTO
08.01.1980

DOC. OBRIG. Cart. Wasc. 7.697.719.112. Liv. A
10. Cart. Sobrado. Dist. Sapé-PB.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

DOCUMENTO PESSOAL

PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

MARIA DE LOURDES SIMPLICIO FERREIRA
SIT CARUCU, SPN - AREA RURAL
SOBRADO / PB CEP: 58942005 (AG-51)

Emissão: 10/08/2018 Referência: Ago/2018
Classe/Serviço: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220, kW/25 - Onix Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
Retiro: 4 - 264 - 757 - 1485 Nº medidor: 00005485254

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.096.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 010736727
Cód. para Déb. Automático: 00015425184

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	10/08/2018	10/09/2018	441.258.040-6 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1542518-4**

Canal de contato

COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
PROPRIETÁRIA
DO VEÍCULO

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/07/18	8308	10/08/18	8390	1	84	30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cco	Alq	Imposto (R\$)	Base Calc. Paj (R\$)	Paj (R\$)	Outros (R\$)
		Tarifa	Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Paj (R\$)	Total (R\$)	ICMS (R\$)	Outros (R\$)
0601	Consumo em kWh	84,000	0,368530	30,96	0,00	0	30,96	0,93	1,55
0601	Adic. B. Vermelha			4,47	0,00	0	4,47	0,05	0,22
0910	Subsídio			13,26	0,00	0	13,26	0,14	0,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0908	Devolução Subsídio			-12,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 36,23 0,00 0,00 48,69 0,52 2,43

Média últimos meses (kWh): 108
VENCIMENTO 17/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 36,23

Histórico de Consumo (kWh)

98	100	112	107	129	111	102	107	112	101	99	102
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AO FISCO
eb03.613f.def7.cfed.f3fe.18b8.8ff.bdb1.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
D/MENSAL	11,94	10,05	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	11,58	31,68
D/SEMESTRAL	23,88			Compra de Energia	15,73	43,18
D/ANUAL	47,76			Serviço de Transmissão	1,71	4,69
F/MENSAL	7,92	6,00	CONTRATAÇÃO	Energias Soteras	3,00	8,27
F/SEMESTRAL	15,84		LIMITE INFERIOR	Impostos Onetes e Encargos	3,95	10,91
F/ANUAL	31,68		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
MDM	6,50	4,05		Total	36,23	100,00
D/GRI	12,90					

Valor do BUND (R\$) 6/2018: R\$ 16,26

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, estão incluídas as faturas (s) no montante de R\$ 377,18 (trezentos e setenta e sete reais e oitenta e oito centavos) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/09/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas, pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa menção.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Subvenção DEC 7 681/13 R\$ 12,48
- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso
Jul/18 44,00
Jun/18 39,38
Mai/18 37,10
Abr/18 41,76
Mar/18 39,12
Fev/18 40,99
Jan/18 44,22
Dez/17 53,50

PARA
energisa
Retiro: 4 - 264 - 757 - 1485
Matrícula: 1542518-2018-08-7

VENCIMENTO 17/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 36,23

83620000000-5 36230054000-6 15425182018-4 08700264019-8



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190017345 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE,
FRATURA FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190017345 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE,
FRATURA FRONTO-ORBITÁRIA DIREITA, TÁBUA EXTERNA E SEIO FRONTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Leonardo Vicente Ferreira</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Agricultor</u>	Nº DO RG:	<u>3652 123</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSDG/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>05/05/08</u>
Nº DO CPF:	<u>094.517.894-80</u>	ENDEREÇO:	<u>Sit. Coruja, 317</u> <u>Área Rural, Sotrodo - PB, Cep 58342000</u>

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO	Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB	DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99	ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.	

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Leonardo Vicente Ferreira, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sotrodo - PB, 13 de Setembro de 2018.

Leonardo Vicente Ferreira
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: LEONARDO VICENTE FERREIRA
Em test.da verdade, Sape-PB 13/09/2018 10:53:31
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
[2018-007645]ENL:R\$ 49,48 FINEP:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: 44473376-4447

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006257/19

Vítima: LEONARDO VICENTE FERREIRA

CPF: 094.517.894-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO VICENTE
FERREIRA

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
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LEONARDO VICENTE FERREIRA : 094.517.894-80

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: 07/01/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA