

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Nº Sinistro: 3180260330

Vitima: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180260330**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 13000140

A/C: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Nº Sinistro: 3180260330
Vitima: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO
Data do Acidente: 26/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000030273-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.700,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

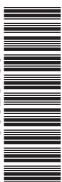
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

645.505.689-42

Nome completo da vítima

Emílio Litoximó Nepomuceno

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Emílio Litoximó Nepomuceno

CPF titular da conta

645.505.689-42

Profissão

Militar

Endereço

Rua Cabe An gonílde Inácio

Número

510

Complemento

030230

Bairro

Mangalreia

Cidade

Joinville

Estado

SC

CEP

28059-230

Email

ulx.squat@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 91300-5607

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA NRO. 0/V CONTA NRO. 0/V
3487 (Informar dígito se existir) 013.30273 (Informar dígito se existir) 1

D/V CONTA NRO. D/V
____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

D/V CONTA NRO. D/V
____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 09 de Maio de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01021.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01021.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 28 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enildo Vitorino Nepomuceno**, CPF nº 675.505.684-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Maria Elza Soares Vitorino Nepomuceno e Edson Vitorino Nepomuceno, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cabo-policia Militar Jonildo Marinho Ferreira, Nº 420, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Assis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-7119.

Dados do(s) Fato(s):

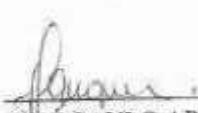
Local: Av Josefa Taveira, Esquina Chapéu de Couro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 26/02/2018, por volta das 12:10 horas, quando transitava na AV. Josefa Taveira em Mangabeira I, nesta Capital PB:QUE, segundo o notificante conduzia o veículo:tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG125 FAN KS de cor preta, placa:NQI 3914/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR758891, registrado em nome de Delcia Rocha Santana Vitorino , CPF nº 054.217.184-84;QUE segundo o notificante vinha transitando na rua acima citado, normalmente, quando um veículo gol, que era conduzida por um homem, não sabendo identificar o mesmo entrou de vez na Josefa Taveira e colidiu com o veículo do notificante;QUE segundo o notificante na ocasião vinha de carona a pessoa de Delcia Rocha Santana Vitorino que graças a deus nada sofreu, mas que o condutor veio a cair e se lesionar conforme CERTIDÃO Nº 0682/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ENILDO VITORINO NEPOMUCENO
Noticiante

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01021.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01021.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 28 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enildo Vitorino Nepomuceno**, CPF nº 675.505.684-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Maria Elza Soares Vitorino Nepomuceno e Edson Vitorino Nepomuceno, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cabo-policia Militar Jonildo Marinho Ferreira, Nº 420, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Assis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-7119.

Dados do(s) Fato(s):

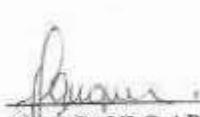
Local: Av Josefa Taveira, Esquina Chapéu de Couro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 26/02/2018, por volta das 12:10 horas, quando transitava na AV. Josefa Taveira em Mangabeira I, nesta Capital PB:QUE, segundo o notificante conduzia o veículo:tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG125 FAN KS de cor preta, placa:NQI 3914/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR758891, registrado em nome de Delcia Rocha Santana Vitorino , CPF nº 054.217.184-84;QUE segundo o notificante vinha transitando na rua acima citado, normalmente, quando um veículo gol, que era conduzida por um homem, não sabendo identificar o mesmo entrou de vez na Josefa Taveira e colidiu com o veículo do notificante;QUE segundo o notificante na ocasião vinha de carona a pessoa de Delcia Rocha Santana Vitorino que graças a deus nada sofreu, mas que o condutor veio a cair e se lesionar conforme CERTIDÃO Nº 0682/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ENILDO VITORINO NEPOMUCENO
Noticiante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Enaldo Vitorino Nepomuceno CPF da Vítima 675.505.684-42 Data do Acidente 06/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Enaldo Vitorino Nepomuceno de maio de 2018
Local e Data

Enaldo Vitorino Nepomuceno

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Atto Dicionário
Ficha Nr: 106189 Atd: Nao Regu
Data: 26/02/2018
Hora: 12:44:49
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 7

Nome: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO Num. Prontuario: 2017.03.000637

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1625978 Fone: 8386367119

Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 05/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE ALVES DE OLIVEIRA,553

Bairro: CENTRO Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: MARIA ELZA SOARES VITORINO NEPOMUCENO Pai: EDSON VITORINO NEPOMUCENO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MILITAR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violênci por: PX AO CHAPEU DE COURO CONDUTOR MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomitid
Observacao		

TRIA NO PE DEVIDO QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E
DESMAIO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com sintomas de ac. de moto
com quadro de dor e fragmento de chapeu
Rx com evidencia de fractura do nariz
Diagnostico 1º: 2º 3º PDD.

Conduta

26/02/2013

1º D. Ao Bloco

Prescricao

Horario da medicacao

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: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000030273-1

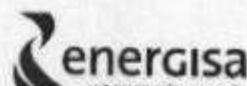
Nr. da Autenticação 494ADF02ED7C5A6E

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rolem para simples pagamento da nota fiscal/norma de energia elétrica. Nº 006.127.903



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 29 - Crisófora Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080

CNPJ 09.095.182 / 0001-40 Insc. Est. 10.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS

RUA CABO FM VONILDO MARINHO S/N Q 32 L 30

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/719247-9

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2018

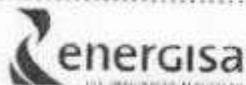
09/05/2018

254

16/05/2018

R\$ 189,96

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS

Roteiro: 03-005-332-0975

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/05/2018	R\$ 189,96	719247-2018-05-8

(83) 99100-5607

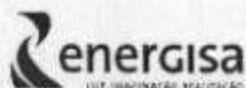
(83) 99833-5088

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguido via de conta.

Bolso para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia matriz Nº 005.823.420



LUT. INOVAT. MAIS FÁCIL
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA BIA
Br 336, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscri. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL. 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2018

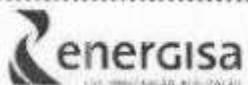
25/04/2018

179

03/05/2018

R\$ 134,32

Acesse: www.energisa.com.br



DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 34320149000-4 10823142018-4 04600006019-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/05/2018	R\$ 134,32	1082314-2018-04-6

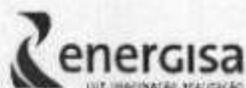


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguido via de conta.

Bolso para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia matriz Nº 005.823.420



LUT. INOVAT. MAIS FÁCIL
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA BIA
Br 336, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscri. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL. 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2018

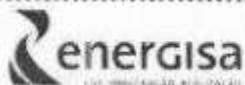
25/04/2018

179

03/05/2018

R\$ 134,32

Acesse: www.energisa.com.br



DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 34320149000-4 10823142018-4 04600006019-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/05/2018	R\$ 134,32	1082314-2018-04-6



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domilo de Araujo Neto inscrito (a) no CPF 011.762.169-31, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domilo de Araujo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.505.689-72, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Domilo de Araujo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.505.689-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Francisco Teodálio Ribeiro Góes</u>	<u>Bessa</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>701</u>	<u>51.908</u>
Email			Estado	CEP
<u>lader.dpvat@gmail.com</u>			<u>PB</u>	<u>58036-950</u>
			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 99100-5601</u>	<u>(83) 99811-5088</u>

J. de pessoa. 99 de maio de 2018.
 Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Delcira Rocha Santana Vitorino
RG nº 2.865.722, data de expedição 30/03/2015
Órgão SESP/PIB, portador do CPF nº 054217184-84, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R.CB.PM. Jonildo Marinho, nº 420
complemento Mang. VII, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emílio 3º nepomuceno, cujo o condutor era
o mesmo (Emílio 3º nepomuceno)

Veículo: Moto
Modelo: Honda/CG 125 KS
Ano: 2011
Placa: NAI 3934
Chassi: BC21C4110BR758891
Data do Acidente: 26/02/2018
Local e Data: Av. Josefa Teixeira, Mangabeira
(26.02.2018)

Delcira Rocha S. Vitorino
Assinatura do Declarante



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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Enilto Vilarino		PONTUARIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	26/02/18		DATA DE ALTA	28/02/18	
DIAGNÓSTICO INICIAL				TEMPO DE PERMANÊNCIA	
FX Fratura da Base do 2º e 3º MTT				CID ①	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: Realizado limpeza metórica Cirúrgica + Sutura de ferida					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO		史托里, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
História de paciente com fratura et nels seu fe ①. Liberação com fratura clínica com fx do 2º e 3º MTT ①		

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:					
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: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:	Cetalex na ferida + Analgésico				

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do <u>Doutor Tiberio</u>	para retirada de pontos. em 30 dias para revisão. 07 dias
---------	---	--

DATA	28/02/18	Dr. Aurelio de Sa Pinto CRM 27498 ASS. MÉDICO CRM
------	----------	---

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

09

CERTIDÃO

Nº. 0682/2018

Atendendo solicitação de **ENILDO VITORINO NEPOMUCENO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106189 e Prontuário de Nº 2017.03.000637 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 26/02/2018 às 12h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em dedos do pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de base de 2º e 3º pododáctilo do pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02/2018 com alta médica dia 28/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 26/03/18

Nome: Guilherme Vitório Neiva
Prontuário: _____ **Idade:** 49 **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/

QPD: Doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, artrite, artrose, osteoporose.
HDA: Paciente relata ser vítima de quebra de cinto de segurança, ferimento na pélvis + dor lumbosacral. Agravado por D.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Afta Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
Amnésia Libido Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____ IHTF _____

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

Trauma _____ Neo _____ Tabagismo _____

[]Alcoholismo _____

Antecedentes Familiares:

HAS DM TB NEO

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____
SN: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx. laring. mostra lesões de

23rd JDD.

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

Hipótesis Diagnósticas: Verifica que el Nivel de los órganos

Conduta: ao bloco para o cruzamento da estrada



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Euílio Vitorino Nepomuceno</i> Idade: <i>49a</i> Sexo: <i>Homem</i> Cor: <i>Clínica:</i> Data: <i>26/02/18</i> Cirurgião: <i>Dr. Henrique</i> 2º Assistente: <i></i> 3º Assistente: <i></i> Anestesista: <i>Or</i> Tipo Anestesia: <i>Regional</i>				Registro: EMP: <i></i> LR: <i></i> 1º Assistente: <i>Fábio RL</i> Instrumentador: <i></i> Horário: <i>I:</i> T: <i></i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Trat. exóp. de Boe de d'ESPDD</i>				CID	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Avencio</i>				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Limpza metido. Cunha</i> <i>+ Sutura</i>				CÓDIGO	
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não		Descreva: <i></i>			
Biópsia de Congelação: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2 <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva 3 <input type="checkbox"/> Residência 4 <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① paciente em DDT sobre austrália
- ② ampolas + anestesia
- ③ captação de campo estéril

Incisão:

Achados:

- ④ Fratura da base de 2º e 3º metatarso D

Conduta:

- ⑤ Lavagem vísceral com irrigação de fústula exposta. de 2º e 3º metatarso com sol. fisiológico a 0,9%
- ⑥ Sutura de fústula operatória.
- ⑦ fixação óssea com gaze retorcida
- ⑧ falso

Fechamento:

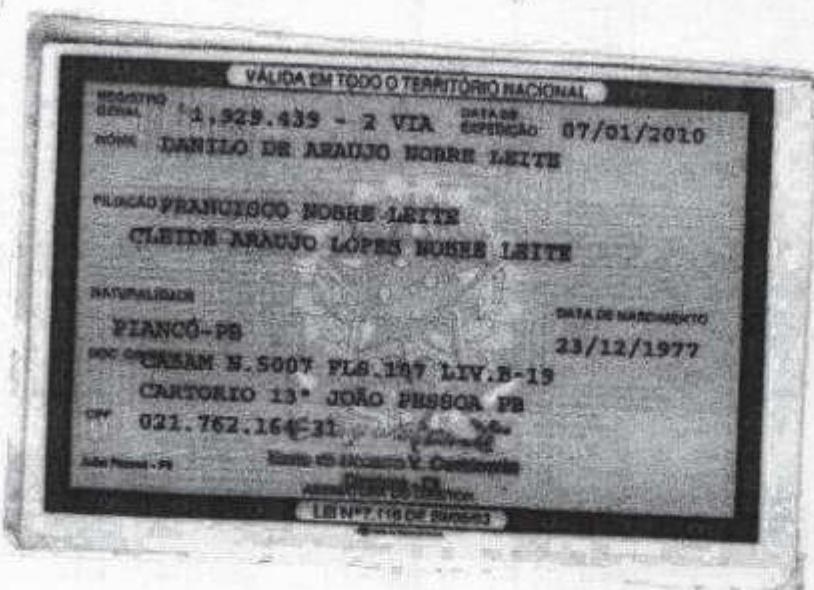
OBS: paciente permanece intubado para antibioticoterapia por 48h.

Data: 26/02/18

Dr. Tiago Guedes Pacheco
CRM-PB 1533-P

MÉDICO/CRM





Sistema Integrado de Veiculo
VEIPC001 - Consulta ao Cadastro Local ==> CVP Funcionario 19405
25/05/2018 11:03:19

Protocolo : 201100001897810 Exercicio: 2011 Mot.: 1 Dat/Cadas.: 30/06/2011
Nome : DELCIA ROCHA SANTANA VITORINO Dat/Atual.: 30/06/2011
Identidade : 2865722 PB CPF/CNPJ: 05421718484 Dat/Aquis.: 21/06/2011
Munic Resid: CABEDELO Endereco.: ***

Placa: NQI3914 4 Chassi: 9C2JC4110BR758891 Renavam: 333845978
Marc/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA
Categoria: PARTICULAR Especie: PASSAGEIRO Carroceria: NENHUMA
Combustivel: GASOLINA Ano: 2011 Modelo: 2011 Cor: PRETA Potencia:
Cilindradas: 124 Pass: 2 Carga Eixos: 00 CMT PBT: 000 29
Procedencia: NACIONAL No. Motor: JC41E1B758891 Faixa de Seguro: 09
Propr.Ant.: MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA CPF/CNPJ: 09361916000141
Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr Venda: A.F./BV FINANCEIRA S.A.

CONTROLE DO SISTEMA

Debitos Licenc	SIM	D E T R A N	NAO	Seguro	SIM
Controle Emissao	SIM	P R F	NAO	Restricoes	NAO
Atualizacao	SIM	D E R	NAO	Roubo/Furto	NAO
RECALL Montadora	NAO	D N I T	NAO	Historico	NAO
Restr. R.F.B	NAO	PREFEITURAS	SIM 1.659,93	Outros	SIM
		RENAINF	SIM 293,47	RENAJUD	NAO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180260330 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 3º DEDO DO PE DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL 2º E 3º DEDO DO PE DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/2º DEDO DO PE DIREITO:10%/3º DEDO DO PE DIREITO:10%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
		Total	20 %	R\$ 2.700,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Enildo Vitorino Nepomuceno

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Casado

Profissão: Militar

Identidade: 1.625.978 CPF: 675.505.684.72

Endereço: R.CB PM Enildo Marinho, 420

Mangabeira, VIII e. verde CEP: 58.059.230

OUTORGADO: João Pessoa. Paraíba

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro
Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 18 de Maio de 2018.

Enildo Vitorino Nepomuceno

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

