

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094476

Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094476

Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094476 **Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA**

Data do Acidente: 27/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008210

Conta: 0000049412-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00719.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00719.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:48 horas do dia 21 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigacao, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Luciene Galdino da Silva**, CPF nº 031.475.064-95, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Operadora de Maquina, filho(a) de Severina Galdino da Silva e Serevino Galdino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/12/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Patrício dos Santos, Nº 204, complemento CASA, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Proximo Antigo Ponto do Pão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98627-5864.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo Br., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

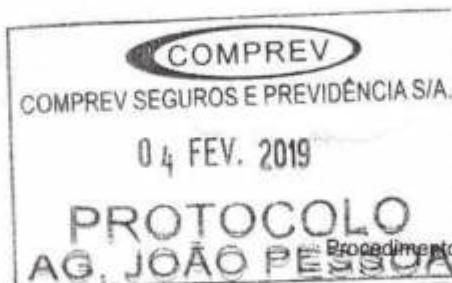
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 27/09/2017 as 06h30min, foi vitima de queda de moto na perimetral sul, distrito industrial, bairro Gramame, foi socorrida para o hospital governador Tarçisio Butify localizado no bairro de mangabeira, nesta capital /pb, la chegando as 07h55min, foi submetida a exames de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Que no dia 05/10/2017 foi realizado cirurgia e teve alta no dia 06/10/2017. Que; o acidente ocorreu quando estava saindo do seu trabalho na empresa norfil, e pegou uma carona com um colega, de nome Luis Carlos da Silva, o qual estava com a moto YAMAHA/XTZ 125K, ANO/MOD 2010, CHASSI. 9CKE1260A0014893, de cor preta, de placa NQC8627/pb, e ao chegar na perimetral sul o mesmo sobrou na curva, ambos cairam ao chão, e seu pé direito ficou preso na roda traseira, causando fratura no seu tornozelo direito, que na cirurgia foi colocado placa e pino.

ADENDO(S):

Que na data 21/01/2019, à(s) 09:30 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O PROPRIETARIO DA CITADA MOTO E FABIANO TRAJANO PEREIRA, CPF.010.358.074-32, A QUAL ESTAR REGISTRADA EM SEU NOME NO DETRAN/PB O MESMO RESIDENTE NA RUA CORONEL LIRA, Nº 273, CENTRO/ BAYEUX/PB.. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigacao, matrícula: 1273345.

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 21 de janeiro de 2019.

Luciene Galdino da Silva

LUCIENE GALDINO DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00719.01.2019.1.00.401

PROTOCOLO
A.G. FEAQ PESSOA

NECESSARIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura de Representante Legal [se houver] Assinatura de Representante Legal [se houver]

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura de quem assina a BLOGO

Assinatura _____ Cpf: _____

Name: _____ CPF: _____
Name: _____ CEP: _____

responseable de crime do artigo 299 do Código Penal.

Se establece la obligación de que las autoridades competentes de cada país, en su caso, establezcan y mantengan un sistema de control y supervisión de las operaciones de las empresas que se establezcan o establezcan sucursales o oficinas en su territorio.

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Vídeo Data do fato da vítima:

DECLARACAO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

QUERELA. O MIR que entende a regras da mirha residencial realiza pedras com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido.

Q IMI que atende a região do acidente ou da residência não realiza períodos para fins de Seguro DPVAT; ou

do seu rei, sob as penas da morte, que estou impossibilitado de apresentar a Rainha do Brasil para os fins de reunião em que deves ser feita.

DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAVADO DE DINHEIRO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Autofato 2 Seguradora libera a crediaria na conta bancaria informada. de mutua titularidade, o valor da indenização/avalembolado ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recolhendo a sombra desde já a sombra desse direito, que não total do valor recebido.

(informar o digito se errado) (informar o digito se certo) (informar o digito se certo)

Banco do Brasil (01) Caixa Econômica Federal (01)

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

RECUSO INFORMATIVO 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\$10.000,00 SEM RENDA ACIMA DE R\$10.000,00

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, configurar-me como autor de anexo (ANEXAR COPIA).

Page 1 of 1 | Last modified: 11/11/2023 | Page 1 of 1 | Last modified: 11/11/2023

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CICLULAR SUSP N° 445

Nº do simbolo ou ASL: _____ CP de Vitrine: _____ Nome completo da vitrine: _____

DAMS (DESPESAS DE ASSISTENCIAS MÉDICAS SUPLEMENTARES) INVÁLIDEZ PERMANENTE MO

PERDIDA DE SEGURO PVAR1

RETIRES DO SEGUINTE PASSO Seguradore

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ótico | Medicamentos | Dose | Horario | Evolução

Reservado p/ liberação IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIENE GALDINO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08210

CONTA: 000000049412-9

Autenticação:

1F8B3B0115221F06549B4CA4AC0926BA4292C89CC83EF24F11F36BD7129E8C71

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE, 157 / SALA 06 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58066304 (AG. 1)

Emissao: 21/01/2019 Referencia: Jan/2019
Classe/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 Número: 00008867525

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR/2019 Km25-Distrito Recreio - João Pessoa/PB-CEP:58071-680
CNPJ:05.005.163/0001-40 Inc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N/018 924 751
Cód. para Det. Automática: 00016983587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-46 INSC. EST:

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

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deva a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/12/18	Lectura 3516	Data 21/01/19	Lectura 3736	1
Demonstrativo				
CCG	Descrição	Quantidade Tarifa/	Vlr. Base Calc.	Aq. Icms(R\$) Base Calc. Ipi(R\$) Cobre(R\$)
		Tributa Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Pa/Cobre(R\$) (10,94%) (4,9965%)
0801	Consumo em kWh	222.000	0,328810	184,17 184,17 25 46,04 184,17 1,00 8,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB SERV UMM PÚBLICA	11,05	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CCG: Código de Classificação do item TOTAL 195,22 184,17 46,04 184,17 1,00 8,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

181

28/01/2019

R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

44		20		4		160		221		223		187		200		182		224		223		222	
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18												

85f1 69f1 dd42 d3c2 aaed 644b 9cc1 f932

Indicadores de Qualidade: 11/2018: Manguabeira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,18	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,38		220
DIC ANUAL	20,77		
FIC MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	12,85		202
DMC	2,94	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICR	12,22		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PI	15,04	23,08
Compra de Energia	64,24	32,91
Dem. de Transf. Resid.	7,51	3,58
Encargos Setoriais	10,65	5,48
Imposta Direta e Encargos	59,28	34,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor em USD (Ref 11/2018) [R\$ 65,5]

ATENÇÃO

• Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
DE
PESO

PARAIBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Matrícula: 1698358-2019-01-3

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



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 221 (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 com o 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 Alexandra Gexar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciene Baldino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 031 475 064-95, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da VII (a) Luciene Baldino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031 475 064-95, 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	Número	Complemento
<u>Rua Agente Fiscal José 6. Duarte</u>	<u>157</u>	
<u>Changalheira</u>	<u>PB</u>	<u>58056384</u>
<u>Email:</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>

João Pessoa 04 de fevereiro de 2019
 Local e Data

Alexandra Gexar Duarte
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fábio Trajano Pereira,
RG nº 28.603.27, data de expedição 11/11/11,
Órgão SS. PB, portador do CPF nº 010.558.074-32, com
domicílio na cidade de Bayuara, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Coronel Zira, nº 273,
complemento lara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luciene Galvão da Silva, cujo o condutor - era

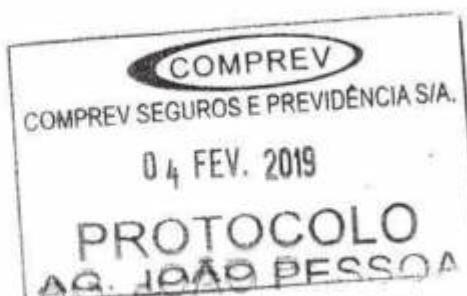
Veículo Moto/cicleta
Modelo: Yamaha Xtz 125 K
Ano: 2010
Placa: NEC 8627
Chassi: 9CKE5260A0014893
Data do Acidente: 27/03/17
Local e Data: 2005 permane 27/03/2019

x Fábio Trajano Pereira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNU 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1140 - Centro Dos Estados - João Pessoa/PB - CEP 50030-000 | www.cartorioazevedobastos.ju.br | Tel: (031) 3244-5484 | Fax: (031) 3244-5484

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
FÁBIO TRAJANO PEREIRA
a qual coepre com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, dezesseis de Janeiro de dois mil e dezenove
Em Teste ✓ de verdade.
Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrivão (Gdf-1, Total: 12.7)
Selo Digital de Fiscalização Tipo A1B18736-HWU!
Consulta os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Abílio Trajano Pereira,
RG nº 2860327, data de expedição 1/1,
Órgão SS. PB, portador do CPF nº 010.558.074-32, com
domicílio na cidade de Baixio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Carmelina, nº 273,
complemento para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luciene Galvão da Silva, cujo o condutor era
Abílio Trajano Pereira.

Veículo Moto cicleta,
Modelo: Yamaha Xtz 125 K

Ano: 2010
Placa: NEC 8627
Chassi: 9CK E1260A0014893

Data do Acidente: 27/03/17
Local e Data: 27/03/2019

Abílio Trajano Pereira

Assinatura do Declarante

Abílio Trajano Pereira

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



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.370-0

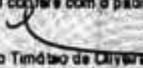
Av. Presidente Dutra, 1142 - Bairro União - João Pessoa/PB - CEP 50030-070 - www.servidorpublico.pb.gov.br - M: (83) 324-3464 - Fax: (83) 324-3464

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

ABÍLIO TRAJANO PEREIRA

é que constare com o padrão registrado nessa serventia, dau N.

João Pessoa, dezessete de Janeiro de doze mil e dezenove

Em Teste  da verdade.

Marcelo Timóteo de Oliveira, escrevendo (Qto-1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização - Tipo AIB18736-HWU1

Conteúdo do selo: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

04 FEV. 2019

PROTOCOLO
AB. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2.006.403 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2011

NAME LUCIENE GALDINO DA SILVA

FILIAÇÃO
SEVERINO GALDINO DA SILVA
SEVERINA GALDINO DA SILVA

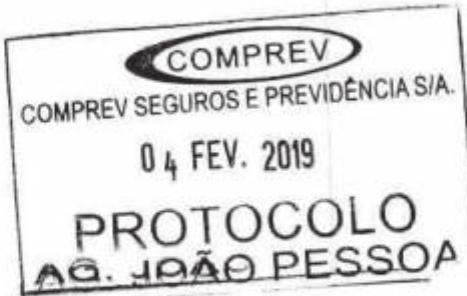
NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/12/1977

DOC ORIGEM
NASC. N. 11210 FLS. 144 LIV. A12
CARTÓRIO JOÃO PESSOA PB
031.475.064-95

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N. 7.116 DE 29/05/80

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190094476 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM MALÉOLO LATERAL DIREITO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P3
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Luciene Galdino da Silva,
brasileiro(a), estado civil sótilo, profissão
Operador de Xarquia, CI RG nº 2006403,
CPF/MF nº 031.475.064-95, residente e domiciliado(a) à Rua
Manoel Patrício dos Santos, 204 Gramame,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58069-185, telefone
(83)99105.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

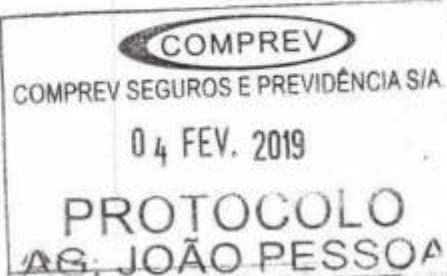
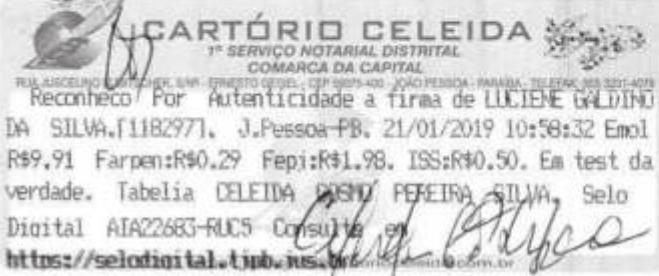
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos 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-PB, 21 de Janeiro de 2019.



Luciene Galdino da Silva

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040641/19

Número do Sinistro: 3190094476

Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA

CPF: 031.475.064-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2017

Titular do CPF: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 07/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040641/19

Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA

CPF: 031.475.064-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/09/2017

Titular do CPF: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUCIENE GALDINO DA SILVA : 031.475.064-95

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: 04/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA