

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11941992

A/C: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170583341 ASL-0415937/17
Vitima: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO
Data Acidente: 25/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**

Sinistro: **3170583341**
Vítima: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**
Data do Acidente: **25/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170583341** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**

Nº Sinistro: **3170583341**

Vitima: **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO**

Data do Acidente: **25/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

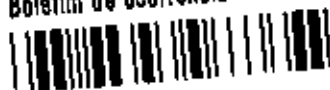
Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170583341**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº: 1313/2017

Aos (11) de Outubro de 2017, nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão AD HOC de seu cargo, por volta das 09h32min;

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO
CPF: 029.132.134-80 **RG:** 2.055.890 SSDS/PB
NACIONALIDADE: Brasileira **NATURALIDADE:** Araruna/PB
ESTADO CIVIL: casada
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1978 **Profissão:** Auxiliar de Cozinha
FILIAÇÃO: Manoel Taveira dos Santos Filho e Creuza Lucas de Melo Santos
ENDEREÇO: Rua Margarida Alves Félix, Nº 377/A, Jardim Recreio, Conde/PB
TELEFONE: 83 9 86334683

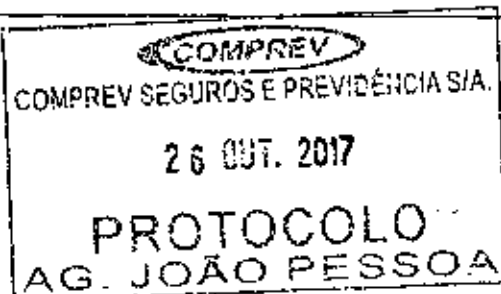
OCORRÊNCIA: Afirma a **NOTICIANTE** QUE na data de 25/11/2016, por volta das 18:50h estava descendo do ônibus, na localidade da Pousada do Conde, próximo ao posto de gasolina, quando decidiu atravessar a BR 101 no KM 96. Que, ao chegar ao meio da pista de rolamento foi atropelada por um veículo não identificado. Que a noticiante foi atendida pelo SAMU e encaminhada ao Complexo Hospitalar Tarcicio Burity (Ortotrauma de Mangabeira). Que a noticiante deu entrada às 19h56 min no hospital supracitado na data de 25/11/2016, apresentando trauma no antebraço esquerdo e após ser submetida a procedimento cirúrgico teve alta realizada no dia 03/12/2016. **Que Ciente das sanções Cíveis e criminais as quais estará sujeito quanto aqui declarou não porte estritamente a verdade. Era o que tinha a Registrar.**

Conde, 11 de outubro de 2017.

Notificante: Maria Aparecida dos Santos Valentino

Policial
Registrador:

Gisely Sábino Silva
Agente de Investigação
Mat.: 18.920-8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IL



Eu, Maria Aparecida dos Santos Valentino, portador da carteira de identidade nº 2055890 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029132.134-80, residente e domiciliado na Rua Projetada s/n - Centro, Cidade Cande, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

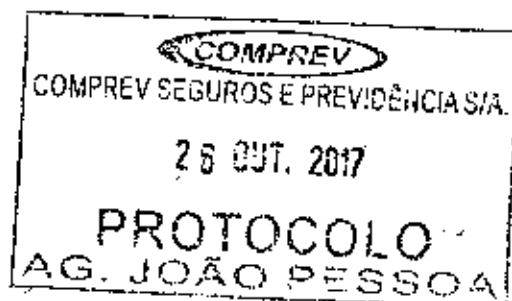
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Aparecida dos Santos Valentino

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Cande, 23/10/2017.

Local e data





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

Ato declaratório

**CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB**

Comprovação de ato declaratório



O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/095, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1513189, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO** idade 38 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento p/ carro) no dia 25/11/2016, na BR 101 Km 96, Bairro: rodovia - Conde - aproximadamente às 18:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarciso Burty (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Setembro de 2017.

SAME

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 OUT. 2017

PROTOCOLO

João Pessoa - PB

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

Comprovante de residência



ENERGISA
 ENERGIAS PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Pessoa/FB - CEP 58011-880
 N° 40 - Imc Ed 16.015 R22 D

CREUSA LUCAS MELO SANTOS
 RUA MARGARIDA ALVES FELIX, 377 A - JOIÃO RECREIO
 CONDE/PB CEP 58222000 (AS 1)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BARRA PENDA MONOFÁSICO 6x200,3m² - Contômetro
 Rotômetro: 14 - 21 - 503 - 8100
 N° medidor: 00004235

Endereço: Rua Margarida Alves Felix, 377 A - JOIÃO RECREIO - CONDE/PB - CEP 58222000

Contato: 5400-9

Correios

25/10/2016

CPF/CNPJ/RANI
 30203511115
 Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/09/16	7513	28/09/16	7597	1
				01
				03

Faturas em atraso
 FATURAS VENCIDAS ATÉ
 03/10/2016 PAGAS
 OBRIGADO!

Histórico de Consumo
 (kWh)

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	30	3,15000	1,50
Consumo > 31 a 100 kWh - BR	51	0,25774	13,09
Subsídio			18,47
ICMS			12,91
PIS			0,34
COFINS			1,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO A UM PÚBLICA			8,69
JUROS DE MORA 09/2016			0,04
MULTA 09/2016			0,46
Devolução Subsídio			-10,42

Agr/16	83
Jun/16	57
Jul/16	49
Mar/16	49
Abr/16	65
Mar/16	02
Fev/16	58
Jan/16	58
Dez/15	52
Nov/15	50
Out/15	57
Set/15	41

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	51,85	25,00	12,91
PIS	51,85	0,6588	0,34
COFINS	51,85	3,0741	1,58

VENCIMENTO 03/10/2016 **TOTAL A PAGAR** R\$ 43,40

Média dos últimos meses
 55 kWh

c297.43db.19bf.fe59.2a39.61do.f4c4.0dd7.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 25 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia



riachuelo



CDD CENTRO PB 581
ROSANGELO X D NASCIMENTO
R MACIEL PINHEIRO 405 1 ANDAR

VARADOURO
58010-130 JOÃO PESSOA PB



Documentos de identificação



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 26 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.055.890 - 2 VIA EXATIDÃO 26/09/2011

NOME: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO

FILIAÇÃO: MANOEL TAVELRA DOS SANTOS FILHO

CREDE: LUCAS DE MELO SANTOS

NATURALIDADE: ARARUNA-PB

DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1973

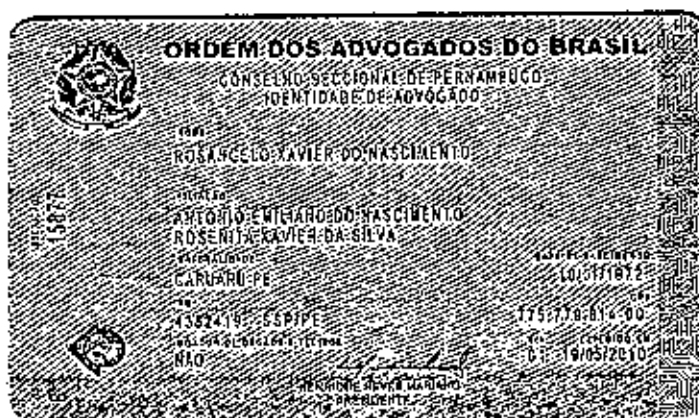
DOC ORDEM: CASAM N. 1013 FLS. 115 LIV. B-04

CARTÓRIO ALHANDRA-PB

CPF: 029.132.134-80

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 2006



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170583341 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO **Data do acidente:** 25/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415937/17

Vítima: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO

CPF: 029.132.134-80

Data do Acidente: 25/11/2016

CPF de: Próprio Titular do CPF: MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



MARIA APARECIDA DOS SANTOS VALENTINO : 029.132.134-80

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO : 775.779.814-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2017
Nome: ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 775.779.814-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Maria Aparecida dos Santos, brasileira,
solteira, de lar, Residente e domiciliado na Rua
Projetada, S/N - Conde-PB; com os seguintes documentos
Id. 2.055.890 SSP-PB; CPF nº 029.132.134-80

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinado, nomeia e constitui seu bastante procurador os bacharéis ROSANGELO XAVIER DO NASCIMENTO OAB. 15.877/PE, MAILTON BEZERRA DE FARIAS OAB/PB 19312, com escritório na Rua Maciel Pinheiro, 405, 1º andar, varadouro, João Pessoa-PB, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "ad - judica" et extra a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e os direitos do outorgante perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber qualquer valor e dar quitação, inclusive alvarás, confessar, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO: O (a)(s) outorgante declara (m) para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes á presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu advogado o outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1060 de 1950 e da Lei nº 7,115/83.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelo recebimento de verba indenizatória ou de qualquer natureza em razão do trabalho do outorgado, signatário pagará 20% de honorários, além de eventuais verbas sucumbenciais.

Pagará ainda valor fixo por audiência nos termos do estatuto da OAB. Se o outorgado foi contratado em lugar diverso do seu escritório, os honorários serão no percentual de 30%.

Conde, 05, 02, 2017.

Ass. Maria Aparecida dos Santos Valentino

outorgante

