Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**

Nº Sinistro: **3170653751**
Vitima: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**
Data do Acidente: **22/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653751**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**

Nº Sinistro: **3170653751**
Vitima: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**
Data do Acidente: **22/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653751.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**

Sinistro: **3170653751**
Vítima: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**
Data do Acidente: **22/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

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 3170653751** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**

Nº Sinistro: **3170653751**
Vitima: **JAIRES DE ANDRADE BARROS**
Data do Acidente: **22/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170653751**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/05/2017**. 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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: ***3170653751 - 1***

Nome do(a) Examinado(a): ***JAIRES DE ANDRADE BARROS***

Endereço do(a) Examinado(a): ***RUA GERALDO FAGUNDES DE ARAÚJO nº 152 - IPÊS - JOAO PESSOA/PB***

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 3584378 - SSP***

Data local do exame: ***07/02/2018 JOAO PESSOA/PB***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

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

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM IMOBILIZAÇÃO TIPO VELPEAUX QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS, SEM DEFICIT MOTOR.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[ ] SIM [X] NÃO

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

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

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

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[X] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

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

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 07/02/2018

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

Seguradora LÍDER

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	Nome completo da vítima
	102 286 344-40	Jairo de Andrade Barros

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jairo de Andrade Barros		CPF titular da conta: 102 286 344-40	Profissão: Comerciante
Endereço: Rua Geraldo Fagundes de Araújo		Número: 152	Complemento:
Bairro: Ipês	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58 028-858
Email:			Telefone (DDD):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] 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

[x] CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0904 DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 47462 DV: 0 (informar dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO.:
AGÊNCIA NRO.: (informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (informar dígito se existir)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 12 DEZ 2017 PROTOCOLO RG. JOÃO PESSOA

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, 05 de dezembro de 2017
Local e Data

Autorizacao de pagamento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

10

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

389-824565645-1

05/DEZ/2017 HORA DF 12:41:2

LOT. 13.015074-6 TERM 05808
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0904 CONTROLE: 33910045

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JAIRES DE ANDRADE BARROS
AGÊNCIA: 0904
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.047.461-0
DATA DA ABERTURA: 05/12/2017

LOTERIAS CAIXA

389-824565645-1

1ª VIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible] LANCAMENTOS PERIODICOS

EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

G: 0004 EUSTACIO PESSOA AGER: 01 CONTA: 47.461-0

RIODO: 01122017 ATE: 03012018 CPF: 102.288.344-49
ME: JAIRES DE A BARROS VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O

Autorizacao de pagamento

[illegible]

COMPREV
COMPANHIA PERNAMBUCANA DE SEGUROS E PREVIDENCIA
16 JAN 2018
PROTOCOLO

0,00

SALDO EM 02/01/2018 R$
[illegible] PARTE VOLTAR PAG.

Secretaria da Segurança Pública
6ª Delegacia Distrital de Santa Rita - SSP

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
6ª DELEGACIA DISTRITAL DE SANTA RITA/PB
Fone: 3229-3123/3229-3426

OCORRÊNCIA POLICIAL
Nº 2.968/2017

CERTIFICO em razão de meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de registros de Boletins de ocorrências, neste arquivo policial, constatei uma notificação com o seguinte teor: **ocorrência Policial Nº 2.968/2017**. Ao 1º (primeiro) dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete, nesta Cidade de Santa Rita do Estado da Paraíba e, na 6ª Delegacia Distrital, sob a responsabilidade do DPC. Pedro Martins dos Santos, comigo Escrivão de seu cargo, aí por volta das 10:49hrs, compareceu **JAIRES DE ANDREDE BARROS, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, com 27 anos de idade, nascida aos 12.11.1990, RG: 3.584.378 - SSDS/PB, CPF: 102.286.344-40, filho de Francisco Dantas Barros e Antônio Terezinha de Andrade Barros, solteiro, residente na Rua Geraldo Fagundes de Araújo nº 152, Ipês, João Pessoa/PB, Tel.(83) 998660-1310; Notificou QUE: Em 22/05/2017, sofreu um acidente quando transitava nas proximidades da fábrica do Cremosin, em Várzea Nova, nessa Cidade, não viu a lombada, vindo a perder o controle de sua motocicleta; QUE estava pilotando a sua motocicleta, uma Honda Pop 110I, placa QFO 8774/PB, CHASSI 9C2JB0100HR226284, Renavam 0111705549-0, cor preta, ano 2016/2017, sendo socorrido por populares e levado para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, onde foi diagnosticado como portador de fratura da Clavícula Direita (CID 10: S42.0), conforme laudo médico expedido pela Dr. José de Almeida Braga CRM/PB 2329.** Por este motivo pede providências. O referido é verdade e dou Fé.

Santa Rita/PB, 01 de dezembro de 2017.

Escrivão de Polícia

JAIRES DE ANDREDE BARROS
Noticiante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim de ocorrencia

Declaracao de Inexistencia de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **https://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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jairo de Rodrigues Barros	102 286 344-40	22.05.2012

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 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 05 de dezembro de 2017
Local e Data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jairo de Rodrigues Barros
Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017

3

Declaracao de Inexistencia de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **https://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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jairo de Rodrigues Barros	102 286 344-40	22.05.2012

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 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 05 de dezembro de 2017
Local e Data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jairo de Rodrigues Barros
Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017

3

Declaracao da Inexistencia de IML

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jaires de Andrade Barros	102 286 374-40	22/05/2017

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 03 de janeiro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jaires de Andrade Barros
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

1º atendimento Ato declaratório

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1002079

Identificação do paciente

ID 1173161	Nome JAIRES DE ANDRADE BARROS			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/11/1990	Idade 26 anos 8 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANTONIA TEREZINHA DE ANDRADE BARROS			Pai FRANCISCO DANTAS BARROS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A GENITORA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86601310		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3584378		Nº Cns 700005021175402	
Local de procedência BAIRRO DOS IPES			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBO/R	

Endereço

CEP 58028858	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro GERALDO FAGUNDES DE ARAÚJO
Número 152	Complemento		Bairro IPÊS

Admissão

Data e Hora 22/05/2017 04:27:40	Número da pulseira 100005205980	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Comprovacao de ato declaratorio

Diagnóstico

CID

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Tempo
35seg

Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

22/05/2017 04:28 2

FRANCISCO DANTAS BARROS
RUA GERALDO FAGUNDES DE APARICIO, [illegible]
JOAO PESSOA / PB CEP [illegible]

Emissão [illegible] Referência Nov / 2017 EN
[illegible] RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km[illegible]
[illegible] 52 - 5530 Nº medidor 00901233286

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0[illegible]

Conta referente a [illegible] Data [illegible] próxi[illegible]

Nov / 2017 09/11/2017 11/12/[illegible]

UC (Unidade Co[illegible]

Canal de contato

PREZADO CLIENTE
[illegible]
Outubro de 2017 [illegible]
legislação nº 8.231, com [illegible]
nº 414/2010
- Tarifa Social de Energia Elétrica [illegible]
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Comprovante de residência

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior [illegible]

Data	Leitura	Data	Leitura
[illegible]	22262	[illegible]	[illegible]

Descrição	[illegible]	[illegible]
Consumo até 30kWh-BF	[illegible]	7,75
Consumo - 31 a 100kWh-BF	[illegible]	[illegible]
Consumo - 101 a 220kWh-BF	[illegible]	[illegible]

energisa

Atendimento ao Cliente Energisa 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	Cód. Cliente
[illegible] 17	30/11/2017	01/12/2017	22[illegible]

UC (Unidade Consumidora): 5'589870-5

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias

Demonstrativo

VENCIMENTO 17/11/2017	TOTAL A PAG R$ 231.06

[illegible]-7-06.dec3.id58

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FRANCISCO DANTAS BARROS
RUA GERALDO FAGUNDES DE [illegible]
JOAO PESSOA / PB CEP [illegible]

Emissão: 09/11/2017 Referência: Nov / 2017 EN
[illegible] / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230, Km[illegible]
[illegible] 5500 Nº medidor 00001230296

Atendimento ao Cliente ENF[illegible]

Conta referente a [illegible] Data [illegible] próx.

Nov / 2017 09/11/2017 11/12/[illegible]

UC (Unidade Co[illegible]

Canal de contato

PREZADO CLIENTE
[illegible]
[illegible] de 2017 [illegible]
[illegible]
nº 414/2010
- Tarifa Social de Energia Elétrica [illegible] TSEE [illegible]
nº 10.438, de 26 de abril de 2002

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior [illegible]

Data	Leitura	Data	Leitura
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Descrição		
Consumo [illegible]	[illegible]	7,75
Consumo - 31 a 100 kWh - BF	[illegible]	[illegible]
Consumo - 101 a [illegible] kWh - BF	[illegible]	[illegible]

13

FRANCISCO DANTAS BARROS

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 01**

Conta referente a		Data p próxi
Nov / 2017	09/11/2017	11/12/

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Anterior		Atual		Consta
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/10/17	22269	[illegible]	[illegible]	

Cód.	Descrição			
101	Consumo [illegible]	[illegible]	0.358590	7,76
101	Consumo [illegible]	70 [illegible]	0.443280	31,03
101	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Faz um 21 Embratel

Fatura de Serviços Prestados · Detalhamento

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

CTC RECIFE PE PL6
MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPINO
58034-128 JOAO PESSOA PB

01503993

NTC: 24/11/2017

291230131117

Fatura Digital Faz um 21, mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse **fazum21.com.br/contaporemail** e realize seu cadastro.

Visite nosso site **www.fazum21.com.br**, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:
Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:
Pacote Dial 21 Basico DDD
Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM	VALOR DA CONTA
24/11/2017	R$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995	(Classe: E)
mês de referência:	Novembro/2017
data de emissão:	12/11/2017
nº da fatura:	0250104443326
nº da nota fiscal:	000000821
cód. para débito automático:	198388919-5

Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Resumo da sua Conta		
Total dos Servicos (com descontos)	R$	24,84
Total da Conta:		24,84

Comprovante de residencia

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO	SERVIÇO	CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
8330245995	DDD - Plano Basico	14	00:39:52	24,84
8330245995	Total	14	00:39:52	24,84
	Total do Resumo	14	00:39:52	24,84

DDD - Plano Basico

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
	Fixo / Fixo						
83 30245995	PILAR	83 32821019	11/10/2017	11:04:17	00:02:54	D2 Diferenciada	1,70
83 30245995	PILAR	83 32821019	17/10/2017	11:04:29	00:06:18	D2 Diferenciada	3,71
83 30245995	PILAR	83 32821019	20/10/2017	11:26:16	00:01:02	D2 Diferenciada	0,61
83 30245995	PILAR	83 32821019	31/10/2017	09:47:29	00:00:46	D2 Diferenciada	0,46
83 30245995	PILAR	83 32812121	01/11/2017	10:09:33	00:00:39	D2 Diferenciada	0,40
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	03/11/2017	10:12:43	00:07:25	D2 Diferenciada	4,42
83 30245995	ITABAIANA	11 42003003	04/11/2017	12:05:58	00:12:22	D4 Normal	7,44
83 30245995	SAO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:19:04	00:00:52	D4 Normal	0,51
83 30245995	SAO PAULO	83 33010050	07/11/2017	09:44:20	00:00:20	D2 Diferenciada	0,28
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:50:30	00:01:22	D2 Diferenciada	0,80

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA	NÚMERO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA CONTA
198388919	0250104443326	24/11/2017	R$ 24,84

846200000004 248400060021 501044433263 201711240006

0798

"01503993" / 001 - 001

14

Seguradora LÍDER

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=18&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 Jacinta Antonia R. de Lucena Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009 705 364 137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jairo de Andrade Barros Inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 296 344 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jairo de Andrade Barros, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 296 344 40, 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
R. Prof. Oswaldo Pereira de Miranda		160	Sl 204
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Jaó Aripina	João Pessoa	PB	58034-120
Email	**Telefone comercial (DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
cinacelalucena@hotmail.com	(83) 99922 0997		

João Pessoa, 06 de dezembro de 2017
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
R. JOÃO PESSOA

DEDRL001 V001/2017

15

Documentacao medico – hospitalar

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JAIRES DE ANDRADE BARROS
DATA DE NASCIMENTO	12/11/90
NOME DA MÃE	ANTONIA TEREZINHA DE ANDRADE BARROS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.002.079
DATA DO ATENDIMENTO	22/05/17
HORA DO ATENDIMENTO	4:27
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço vítima de acidente de motocicleta, nega TCE, vômito ou desmaio. Refere dor com limitação funcional no ombro direito. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura na clavicula direita.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura na clavicula direita.

TRATAMENTO:

Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	22/05/17
DATA DA EMISSÃO:	27/10/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

4

Acontecimento

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1002079

Identificação do paciente

ID 1173181	Nome JAIRES DE ANDRADE BARROS			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/11/1990	Idade 25 anos 8 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ANTONIA TEREZINHA DE ANDRADE BARROS			Pai FRANCISCO DANTAS BARROS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A GENITORA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86601310		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3584378		Nº Cns 700005021176402	
Local de procedência BAIRRO DOS IPES			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBOR	

Endereço

CEP 58026858	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GERALDO FAGUNDES DE ARAÚJO
Número 152	Complemento		Bairro IPÊS

Admissão

Data e Hora 22/05/2017 04:27:40	Número da pulseira 100005205980	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Tempo
35seg

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Imprimir

5

22/05/2017 04:25

Segurado de uso
Negativo, sinistro em
andamento.

Ver no outro (D).

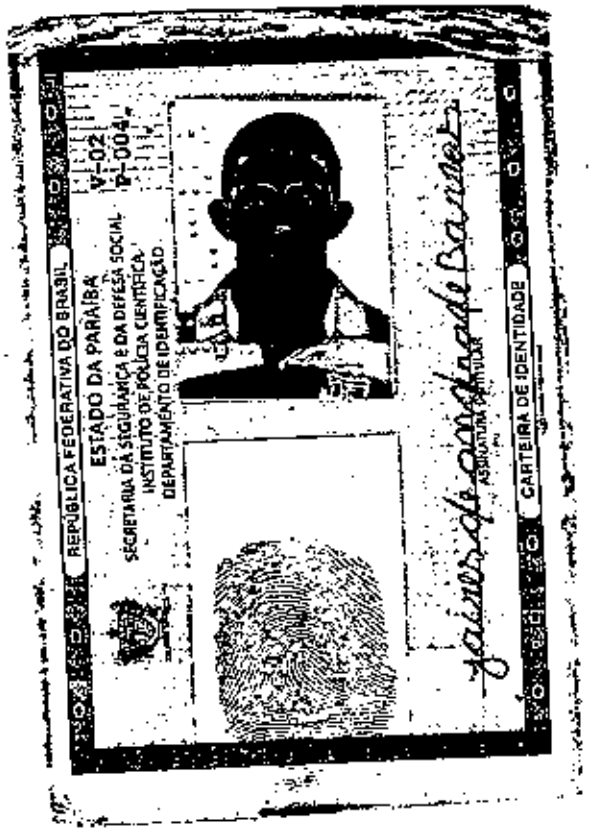
CD: Alta C. Geral
Aos cuidados
da ortopedia

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Thiago A...
Residente Cirurgia...
CNS: 70...

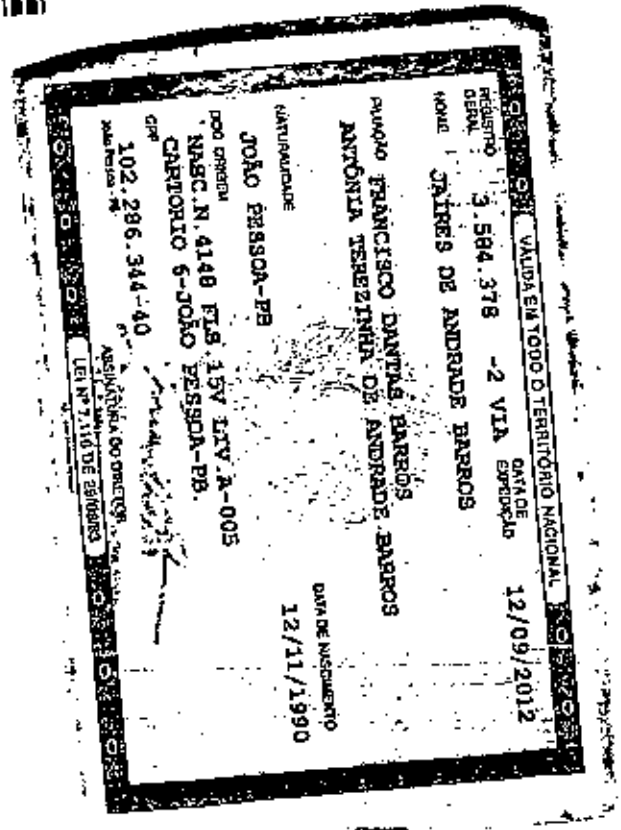
Dr. Fernando Cabral
CRM-PB ...

Dr. Fernando,
Paciente em fratura de
clavícula D.
Conduta: Imobilização Rigo "ok".



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
S. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

FILIAÇÃO
ANTONIO REIS DE LUCENA
AMALIA GONÇALVES DE LUCENA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA/PB

DATA DE NASCIMENTO
27/11/1970

RG
2543454 - SSP/PB

CPF
009.705.304-97

DEFICIÊNCIA
NÃO

VALIDADE
01/09/2015

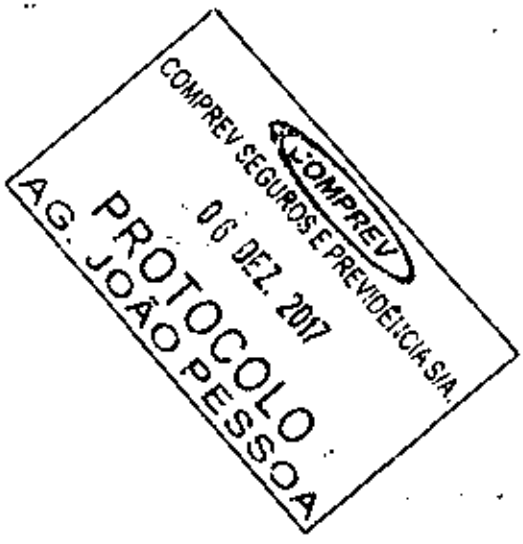
21734

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07614026

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 15 da Lei nº 8.906/94)

OAB

Documentos de identificação



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DUT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 012974463497

DRT 2011000150925 4

VIA	COD. RENAVAM		EXERCICIO
1	01117055490	00/00000000	2017

NOME: JAIRES DE ANDRADE BARROS

CPF/CNPJ: 10228634440 — PLACA: QFO8774/PB

PLACA ANT/UF: NOVO — PB — CHASSI: 9C2JB0100HR226284

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC — COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I — ANO FAB: 2016 — ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2-P/109 /CI — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA — COTA UNICA: IPVA PAGO EM — VENC. COTA UNICA: 00/00/0000 — VENC/COTAS: 1ª 2ª 3ª

FAIXA IPVA: ******** — PARCELAMENTO/COTAS: 0

PREMIO TARIFARIO (R$): ******** — IOF (R$): SEGURO — PREMIO TOTAL (R$): P A G O — DATA DE PAGAMENTO: 05/05/2017

OBSERVAÇÕES: A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA 0

JOAO PESSOA - PB — DATA: 11/05/2017

41947 — 2472

DENATRAN — CONTRAN

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653751 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIRES DE ANDRADE BARROS **Data do acidente:** 22/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA TRATADA COM IMOBILIZAÇÃO TIPO VELPEAUX QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS. MOVIMENTOS ARTICULARES NORMAIS, SEM DEFICIT MOTOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/02/2018

Conduta mantida:

Observações: OMBRO DIREITO SEM SEQUELAS.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471983/17
Vítima: JAIRES DE ANDRADE BARROS
CPF: 102.286.344-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2017
Titular do CPF: JAIRES DE ANDRADE BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

JAIRES DE ANDRADE BARROS : 102.286.344-40
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37
Comprovante de residência
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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 06/12/2017 Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA CPF/CNPJ: 009.705.364-37	Data do cadastramento: 06/12/2017 Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA CPF: 708.601.964-02
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA	MARCELA DO CARMO DE LIMA

Outros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653751 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIRES DE ANDRADE BARROS **Data do acidente:** 22/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuracao

OUTORGANTE:

Nome: Jacques Grandmaison Barros
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Aux. de Produção
Identidade: 3.584.378 **CPF:** 102.286.344-40
Endereço: Geraldo Fagundes de Araújo, 452, Ipês

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Casado
Profissão : Advogado
Identidade: 2334OAB-PB **CPF:** 009.705.364-37
Endereço: Rua Prof. Oswaldo de Miranda Pereira 869 Bairro

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vitima Jacques de Andrade Barros

João Pessoa 05.12.2017
Local e data

Jacques Grandmaison Barros
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Cartórios Neves Serviços Notarial 7º Ofício

CARTÓRIO CARLOS NEVES
7º Ofício Notarial
REC. DE FIRMA Nº 2017-019201
Reconheço por autenticidade a firma de:
JACQUES DE ANDRADE BARROS
Dou fé, em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB, 05/12/2017 11:22:02
RESPONSÁVEL: SEVERINO DE ARAUJO VELOSO - ESCREVENTE
EMOLUMENTOS: R$ 1,65 FARPEN R$ 0,23 ISS: R$ 0,46
SELO DIGITAL - SELO DIGITAL: AGB94163-ADL3
Confira a autenticidade no http://www.tjpb.jus.br/selodigital
Av. Getúlio Vargas 67 - Manaíra João Pessoa/PB - CEP 58038-071 - Tel (083) 3244