

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10450989

A/C: ALCÉMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170065316 ASL-0038495/17
Vitima: ALCÉMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10451891

A/C: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170065316 ASL-0038495/17
Vitima: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.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, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10818156

A/C: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

Sinistro: 3170065316 ASL-0038495/17
Vítima: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10902042

A/C: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

Sinistro: 3170065316 ASL-0038495/17
Vítima: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Data Acidente: 30/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: **ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **000000047684-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170065316 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
COSTA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Dor no ombro esquerdo, e perda de força leve 4/5, deformidade 1/3 médio de clavícula esquerda, amplitude de movimentos ombro normal, exceto flexão de 160°.

Resultados terapêuticos: Paciente com historia de acidente moto em 30/08/2016, teve fratura de clavícula esquerda tratado conservadoramente. Evolui com dor e diminuição leve de força ombro esquerdo. Deformidade terço médio clavícula (fratura consolidada -calo).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do ombro devido à deformidade e limitação da flexao de 160 graus. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Alcides Francisco da Silva Costa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.442.192 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 12/12/14 E
 CPF 049341929-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Peixeiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alcides Francisco da Silva Costa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 "T16"



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **serão** apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro, que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00247684-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 12 de Janeiro de 14
 LOCAL E DATA

Alcides Francisco da Silva Costa
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00087.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00087.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 17:06 horas do dia 11 de janeiro de 2017, 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 Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Alcemir Francisco da Silva Costa**, CPF nº 049.341.924-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José da Silva e Antônio Francisco da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/05/1980 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 30, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Próximo a Ups, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-2710.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Uma Loja de Tintas, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/16 13:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 30/08/16, por volta das 13:30h, quando conduzia a motocicleta de marca I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, cor vermelha, ano 2011/2012, de placa OEZ-8881/PB, chassi nº LXYXCBL09C0528474, registrada em nome de Ronaldo Barbosa da Silva, pela Rua Maciel Pinheiro, no Bairro do Varadouro, nesta cidade de João Pessoa/PB, após atingir um veículo, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura da clavícula esquerda, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

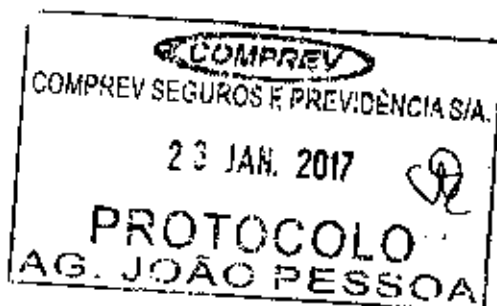
Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

Alcemir Francisco da Silva Costa
ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alcimir Francisco da Silva Costa, portador da carteira de identidade nº 2440.142 e inscrito no CPF sob o nº 049.341.924-14 residente e domiciliado na Rua Puroxidade, 185T.53, SW - Alto do
Peri / Mandacaru, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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
- (X) 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.

Alcimir Francisco da Silva Costa

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 11 de Janeiro de 2014

Local e data





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Alcemir Francisco da Silva Costa
DATA DE NASCIMENTO 08/05/80
NOME DA MÃE Maria José da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 944026
DATA DO ATENDIMENTO 30/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 14:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula E.
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, alcoolizado, com dor em ombro esquerdo, edema e deformidade, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RX: fratura de clavícula E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 30/08/16
DATA DA EMISSÃO: 05/12/16

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 FEV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

DOCUMENTO 1 *T1%*





VISTO EM: 13 / 09 / 16

Comandante do BAPH
Kally Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. Q03M- 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Setembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 355/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/08/2016, conforme requerimento nº 361/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 13h30min o/a Sr.(a) **ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA** CPF Nº 049.341.924-17, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) ocorrido na Rua Maciel Pinheiro, 268, Varadouro, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM Jackson da Silva Florêncio**, Matrícula 521.979-5, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se sentada, consciente e orientada, apresentando lórax normal, com MMSS (membro superior) esquerdo apresentando sinais de fratura de clavícula e no MMII (membro inferior) com escoriações e abrasão. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Idjinné Carollynne Borges de Lima** - SD - BM - Mat. 527.446-0, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Enide Bruno Freitas Santiago
Ten. Q03M
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 FEV. 2017

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Estado da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Padre Gendim, 53.031-000, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3213-9044 / (83) 3216-9751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: cmhpb@bombeiros.pb.gov.br

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: 24/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

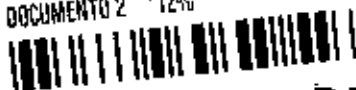
CLIENTE: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000047684-2

Nr. da Autenticação 402BEC21FEF1347A



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre Francisco de Silva Costa

RG nº 2640.142, data de expedição 12/12/14

Órgão SSP-PR, CPF nº 049.341.924-14, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

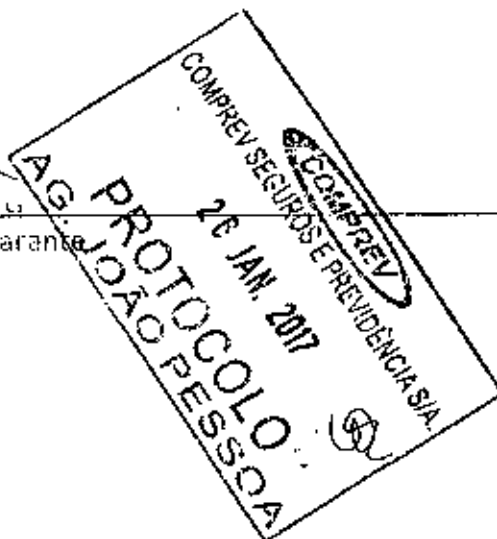
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projeção</u>
Número	<u>512</u>
Aptº / Complemento	<u>18, 5T63</u>
Bairro	<u>Alto do Rei/Mandacaru</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3502-6361/98854-1132/98432-6361</u>
E-mail	<u>alexandre.francisco.silva@hotmai.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 11/01/14.

Alexandre Francisco de Silva Costa

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Lima, 200 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
DE MATRÍCULA

71531815

REFERÊNCIA

NOV/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA PENHA DA SILVA
RUA PROJETADA 18 ST. 53 NLM. SN

ALTO DO CEU

55000-000

JOÃO PESSOA

Inscrição	SAB	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Área	Outro	
001.53.090.0025	0	1	0	0	0	001.53.090.0025
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N407469	20/10/2015	7	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
217	239	22	31	17/12/2016		
HIST. DE CONS./ANON. LEIT. E QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M.S.						
MAR/2016	17	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2016	12	0	COL. TERMOT.	0	0	0
JUL/2016	13	0	PH	365	272	268
AGO/2016	18	0	CON	72	107	107
SET/2016	16	0	TURBIDEZ	265	272	269
OUT/2016	17	32	COL. TOTAIS	265	272	272
MÉDIA	17		DADOS REFERENTES A SET/2016			

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	VL. ESGOTO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	10	R\$ 1,70		R\$ 1,70
DE 11m³ A 20m³	10	R\$ 4,30		R\$ 4,30
DE 21m³ A 30m³	2	R\$ 11,16		R\$ 11,16
TOTALS		R\$ 6,24		R\$ 6,24
247-JUROS DE MORA				R\$ 0,1
050-ACRESCIM(%) INF(ES) ANT.				R\$ 1,24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$ 17,94 PIS E COFINS - R\$ 12,741/12

VENCIMENTO:

28/11/2016

Total a Pagar:

R\$ 87,58

v. 10.7 R. 1.0

SOLICITAÇÃO DE LEITURA REALIZADA

SOLICITAÇÃO DO FATURAMENTO REALIZADA TARIFA: NORMAL

POSICAO DE RPS ANTERIORES

RPS EXISTENTE(S) CONTRA(S) ANTERIORES DEBITO

INFORMACOES GERAIS

AVISO - A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A L. ESTADUAL Nº 8.787 DE 1992
DE 04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJE-
TIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE
TARIFARIO LOCAL AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CINEP,
Nº 50 - JAGUARIBE - NO DIA 07/12/2016 AS 14 HORAS

COMPREVE
COMPREVE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
26 JAN. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

DECLARAÇÃO

Circular Suscep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

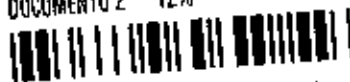
Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alceni Francisco de Silva Costa do sinistro de DPVAT da natureza Invalidz da vítima Alceni Francisco de Silva Costa e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

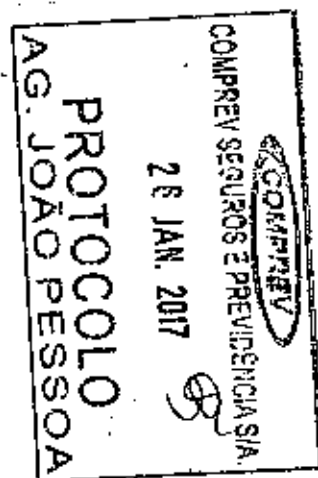
Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Receita

Documentos comprobatórios: Receita

DOCUMENTO 2 "T2M"



Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo Barbosa da SilvaRG nº 2.166.495, data de expedição 19/11/09.Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 004.495.894-18, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua Comerciante José Menezes, nº 86,complemento Handicam, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Alcimir Francisco da Silva Costa cujo o condutor eraAlcimir Francisco da Silva CostaVeículo: motoModelo: SHINERAY XY 50R PHOENIXAno: 2011/2012Placa: 0EE-8881/PBChassi: LXYXC0L09C052 8844Data do Acidente: 30/08/16Local e Data: João Pessoa, 13/01/17Ronaldo Barbosa da Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CARLOS NEVES

1º Oficial Notarial
Del. Eduardo Antônio da Silva Carmo

Del. Maria Zeneida Mendonça da França

Del. Natana Nery da Silva Carmo



REC. DE FIRMA Nº 2017-000878

Reconheço por autenticidade a firma de

RONALDO BARBOSA DA SILVA

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

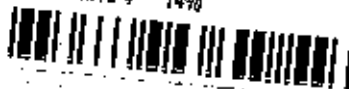
em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04

em 13/01/2017 14:41:04





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 Alcemir Francisco da Silva Costa
DATA DE NASCIMENTO 08/05/80
NOME DA MÃE Maria José da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 944028
DATA DO ATENDIMENTO 30/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 14h15
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula E.
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, alcoolizado, com dor em ombro esquerdo, edema e deformidade, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

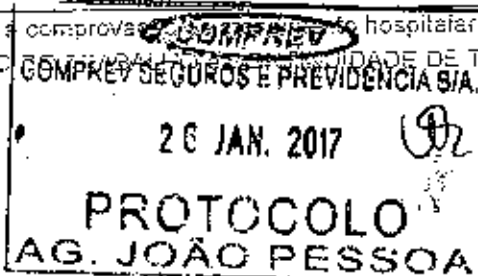
TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 30/08/16
DATA DA EMISSÃO: 05/12/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovar o atendimento hospitalar para: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, SEGURIDADE DE TRATAMENTO



ESTADO DA PARAIBA
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-236

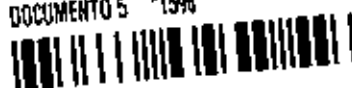
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Carteira de Identidade

Alcemir Francisco da Silva Costa

DOCUMENTO 5 *1596*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.440.172 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/12/2014

NOME ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

FILIAÇÃO ANTONIO FRANCISCO DA COSTA
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 08/05/1980

DOC ORIGEM

NASC.N.33924 FLS.173V LIV.A-32
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

049.341.924-17

Assessoria de Segurança Social

LEI Nº 7.118 DE 29/08/03

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

26 JAN. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 3 *73%



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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA** Sinistro: **3170065316** Data: **30/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, SN, 58 ST 53 - ALTO DO CEU - João Pessoa - PB - CEP 58027-150**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2.440.172**

Data local do exame: [**19/04/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de clavícula esquerda. Dor no ombro esquerdo, e perda de força leve 4/5, deformidade 1/3 médio de clavícula esquerda, amplitude de movimentos ombro normal exceto flexão de 160°.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente com história de acidente moto em 30/08/2016, teve fratura de clavícula esquerda tratado conservadoramente. Evolui com dor e diminuição leve de força ombro esquerdo. Deformidade terço médio clavícula (fratura consolidada - calo).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] 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.

Dor no ombro esquerdo, e perda de força leve 4/5, deformidade 1/3 médio de clavícula esquerda, amplitude de movimentos ombro normal exceto flexão de 160°.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170065316 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
COSTA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA DA CLAVÍCULA SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: DOR, EDEMA E DEFORMIDADE

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50% (DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA)

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO LIQUIDADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190287368 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN DA SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/10/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. PG. 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alcemin Francisco da Silva Costa,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
pedreiro, CI RG nº 2440.142 SSP/PB,
CPF/MF nº 049.341.924-04, residente e domiciliado(a) à Rua
Projeta da 18 ST 53, SM-Altos do céu/Naupacaru
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58007-007, telefone
(83) 326326364, (83) 986602858
(83) 35126361

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 Av. João Machado,
399, centro, 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, 11 de junho de 2017

Alcemin Francisco da Silva Costa

CARTÓRIO CARLOS NEVES
1ª Câmara Notarial
Rua Eduardo Amato, 10 - Centro - João Pessoa
Pernambuco

Bela Maria Zézele Mendonça da França
Tribuna
Bela Maria Zézele Mendonça da França
Tribuna

REC. DE FIRMA Nº 2017-000599

Reconheço por autenticidade a firma de:

ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF nº 046.502.754-74

em 18 de junho de 2017, às 10:30:05, em João Pessoa-PB.

At 18 de junho de 2017, às 10:30:05, em João Pessoa-PB.

Assinado digitalmente por ALEXANDRA CESAR DUARTE

Confira a autenticidade em <http://portal.digital.tribuna.com.br>

ASSINATURA

