



25/06/2020

Número: **0802355-34.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **13/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO (AUTOR)		RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31797848	25/06/2020 13:45	2728077_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Raunero Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.864.314 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flaviana dos Santos Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flaviana dos Santos Barreto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusado Renda: Recusado e apresento os documentos comprobatórios: COMPREV

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>João Azeite</u>		<u>669</u>	<u>rua</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Novo</u>	<u>Guarabira</u>	<u>PB</u>	<u>58200-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>11</u>		<u>83/88547538</u>	

Guarabira, 18 de Março de 2019
Local e Data

Raunero Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA JOCA ATADE, 869 - NOVO
GUARABIRA / PB CEP: 59200000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Slct: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008984956 Emissão: 13/03/2019

ENERGISA
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 021.670.357
Cód. para Dth. Automática: 00001664614

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	13/03/2019	11/04/2019	279.937.904-16 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/166461-4**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão.
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias					
Data	Leitura	Data	Leitura								
12/02/19	4839	13/03/19	4811	1	172	29					
Demonstrativo											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributo Total(R\$)	Valor Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	ICMS(R\$)	Base Calc. Pis(Cofins(R\$)	Pis(Cofins(R\$)	1,07036%)	Cofins(R\$)	4,23206%)
0501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287540	8,62	8,62	27	2,33	8,62	0,08	0,08	0,42
0501	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,492950	34,50	34,50	27	9,31	34,50	0,37	1,70	1,63
0501	Consumo - 101 a 220kWh-BR	72,000	0,739420	53,23	53,23	27	14,37	53,23	0,57	2,63	2,70
0510	Subsidio			44,95	44,95	27	12,14	44,95	0,48	2,21	
LANÇAMENTOS E RESERVAS											
0507	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			12,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0508	PARCELAMENTO DE DÉBITO 09/29			158,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0509	Desenvolvimento Subsidio			-20,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REG.: 0000074005

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

08.778.268/0036-90
PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

CNPJ: 08.778.268/0036-90

DATA / HORA DO ATEND:

04/11/2018 12:21

ATEND POR:

HRG

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

SEXO: FEMININO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A)

SUS: 704801027765246

DN.: 29/09/1991

27 ANOS

ENDEREÇO: RUA SANTA IZABEL, 482

BAIRRO: NORDESTE 1

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: MARLUCE DOS SANTOS BARRETO

PAI: ANTONIO SALVIANO BARRETO

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

[] 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA

[] 02 - PRIMEIRA CONSULTA

[] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE

[] 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.

[] 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.

[] 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

[] PRESCRITA

[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

[] OBSERVAÇÃO

[] OUTRO HOSPITAL

[] OBITO

[] RESIDENCIA

[] INTERNAÇÃO

[] AMB. /SUS

[] OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

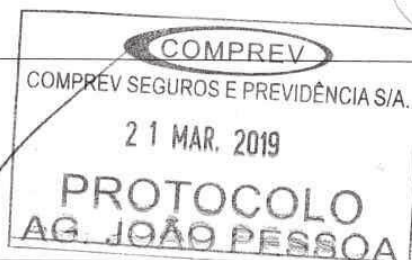
5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Doença de mão

CÓPIA

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

Futuro e aparelho



7. DIAGNOSTICO:

Síndrome de mão

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

Dr. Aluisio Pereira
CRM: 1601





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 16/2019

Aos SETE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). FABIO FACCILOLO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 07h:20 min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ALFABETIZADA, FILHA DE ANTONIO SALVIANO BARRETO E DE MARLUCE DOS SANTOS BARRETO, RG Nº 3.593.754 SS/PB E CPF Nº 090.095.354-36, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANTA IZABEL, Nº 482, BAIRRO DO NORDESTE I, GUARABIRA/PB.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2) **Data do Fato:** 04 de NOVEMBRO de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 11h:25 min, APROXIMADAMENTE;
- 4) **Local do fato:** BAIRRO SÃO JOSÉ, GUARABIRA/PB

6) **Descrição do(s) empresa(s) envolvido(s) no Roubo:**

NÃO HÁ

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

1) NÃO HÁ

8) **Breve resumo do fato:**

Afirma a COMUNICANTE que quando estava transitando na motocicleta MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROZ, ANO/MODELO 2018/2018, COR BRANCA PLACA Nº QSA-7004/PB a qual se encontra em nome da própria COMUNICANTE acima citada, quando se encontrava conduzindo sua motocicleta sentido o bairro São José no dia 04//11/2018 quando um veículo não identificado veio em direção a mesma e acabou com a mesma onde esta fora socorrida por populares e amigos para o Hospital Regional de Guarabira/PB com fraturas na região da falange próximo da 3ª falange do dedo esquerdo do seu pé esquerdo, conforme ficha de atendimento ambulatorial do Hospital Regional de Guarabira/PB, onde segue-se anexo toda documentação.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO HÁ

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Flaviana dos Santos Barreto

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Comunicante

Jacinto Albuquerque

Escrivão(a) Agente

Escrivão(a) Agente



Modelos_Delegado_JUAMILTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 090.095.354.36 Nome completo da vítima: Flaviana dos Santos Barreto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Flaviana dos Santos Barreto CPF: 090.095.354.36
Profissão: Recusadora Endereço: St. Gabriel Número: 482 Complemento: caso
Bairro: Marcelino Cidade: Guarabira Estado: PB CEP: 58200-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 831 98854 7538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 33046 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Guarabira PB 26/02/2019
Nome: Flaviana dos Santos Barreto
CPF: 090.095.354.36

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Flaviana dos Santos Barreto
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
21 MAR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 090.095.354.36 Nome completo da vítima: Flaviana dos Santos Barreto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Flaviana dos Santos Barreto CPF: 090.095.354.36

Profissão: Recusadora Endereço: St. Gabriel Número: 482 Complemento: caso

Bairro: Marcelino Cidade: Guarabira Estado: PB CEP: 58200-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 831 98854 7538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 33046
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Guarabira PB 26/02/2019
Nome: Flaviana dos Santos Barreto
CPF: 090.095.354.36

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Flaviana dos Santos Barreto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FP5.001 V001/2018





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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190217069 Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Data do Acidente: 04/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00893/00894 - carta_04 - INVALIDEZ

00050447



Carta nº 14137070





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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217069

Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14118110



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097237/19

Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

CPF: 090.095.354-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: FLAVIANA DOS SANTOS
BARRETO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02

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

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO : 090.095.354-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217069 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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.

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





TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO*****

Em test.da verdade. Guarabira-PB 12/03/2019 11:17:37
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2019-001782]EML:R# #9,91 FAPEN:R# 0,29 FEPJ:R# 1,24 CBS:R# 0,39
SELO DIGITAL: AIH54222-V4BX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.gov.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Flaviana dos Santos Barreto
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora
Identidade: 3.893.754 CPF: 090.095.354.36
Endereço: R. Sta. Isabel 482 B. Nordeste

OUTORGADO

Nome: Luciano Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Consultor
Identidade: 3.107.382 CPF: 014.864.314-02
Endereço: Joca Atavale N: 669 - B. Novo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. 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 CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim 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 perícia 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 vítima Flaviana dos Santos Barreto.

Local e data:

Guarabira PB 12 de Março de 2019.



Luciano dos Santos Barreto
Assinatura do Outorgante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217069 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - PB Nº 014082175365
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0116247399-9 RNTTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

CNPJ 09009535436 PLACA QSA7004/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD1000JR004676

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª VENC/COTAS 2ª 3ª

FAIXA IPVA ***** PARCELAMENTO/COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 22/08/2018

***** SEGURO P A G O

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

GUARABIRA PB LOCAL 24/08/2018

9999999 42030

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CA
VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SU
TRANSPORTADAS OU NAO SEGU

PB Nº 014082175365 BILHETE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGU
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COE

www.seguradoralider.co
SAC DPVAT 0800 022 120

EXERCÍCIO 2018

VIA 1 CNPJ 09009535436

RENAVAM 01162473999 HONDA/NXR 160

ANO FAB 2018 CAT TARE 9 NR CHA 9C2KD1000JR004

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** OF (R\$) SEGURO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - I
CNPJ 09.248.608/0001-04
42030-0956445-20180



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.593.754 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/10/2007

NOME FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

FILIAÇÃO ANTONIO SALVIANO BARRETO
MARLUCE DOS SANTOS BARRETO

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 29/09/1991

DOC ORIGEM NASC.N.34667 FLS.137 LIV.A31

CPF CARTÓRIO GUARABIRA-PB

Assinatura do titular: *Flaviana dos Santos Barreto*

Assinatura do Diretor: *[Assinatura]*

Carimbo: 14005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.910

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

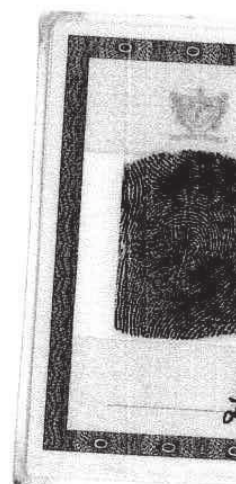
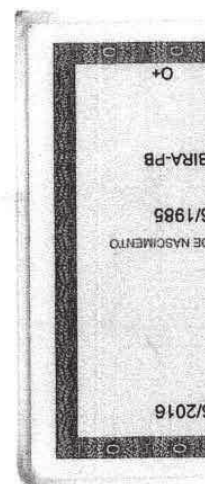
Flaviana dos Santos Barreto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Flaviana dos Santos Benevides Matrícula: 357 202
 Data Nasc.: 29.09.91 Categoria: BU
 Sexo: F Profissão: Vendedor(a)
 Est. Civil: S Naturalidade: João Pessoa
 Residência: R. São Gabriel 482 N.º 1
João Pessoa
 H.D.A. 704 8010 27765246 Tel: 87435903
Camboarene no dia 16.11.2018 16-3593754

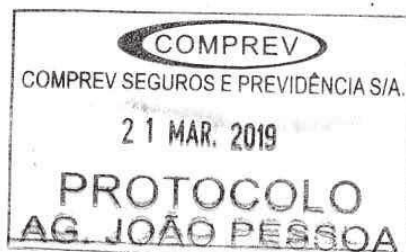
Diag. Clínico:

fratura de fêmur lateral da 3ª

Diag. Radiológico:

22 x 12 cm

Tratamento:



EVOLUÇÃO

DATA:

11/12/18

deleto R. E

controlado



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que a paciente, FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO, Vendedora, brasileira, residente à rua Santa Isabel Nº 482, bairro Nordeste I, Guarabira-PB, foi atendida neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta – carro e motocicleta (informada pela mesma), fato ocorrido no dia 04/11/2018, tendo como diagnóstico de Fratura de Falange proximal do 3º dedo do Pé esquerdo CID 10 S92.2, compareceu no dia 16/11/2018, para retirada de pontos e imobilização tipo tala gessada membro inferior, submetida a tratamento conservador, com quadro clínico exame realizado raio x do Pé esquerdo, retornou nestas respectivas datas 24/11/2018 e 11/12/2018, para controle radiológico, retirada de imobilização e avaliação médica. Conforme consta na ficha Ambulatorial Nº 347.202/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 11 de Dezembro de 2018.

Dr. Alísio Paredes
CRM 4668

