



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
31797 848	25/06/2020 13:45	<u>2728077_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávio Santos Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávia dos Santos Barreto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354-36, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Flávia dos Santos Barreto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: <u>Recurso</u> Renda: <u>Recurso</u>	e apresento os documentos comprobatórios: <u>COMPREF</u> <u>COMPREF SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</u>
--	--

Recuso informar

21 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Endereço <u>João Almeida</u>	Número <u>609</u>	Complemento <u>Scara</u>	
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guanabara</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58200-000</u>
Email <u>l...</u>	Telefone comercial(DDD) <u>11</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 8854-7538</u>	

Guanabara, 18 de Março de 2019
Local e Data

Flávio Santos Almeida
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA JOCA ATADE 889 - NOVO
GUARABIRA / PB CEP: 59200000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO
Cle/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 Referencia: Mar/2019
Medidor: 00009884958 Emissão: 13/03/2019

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Residencial, João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.153/0001-40 Insc. Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N021.670.357
Cód. para Débito Automático: 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	278.937.904-15 Insc. Est:

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

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 10.428, 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	Lectura	Data	Lectura	
12/02/19	4839	13/03/19	4811	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/Cf	Valor Base Calc. Aliq. Icmf(R\$) ICMF
				Tributos Total(R\$) ICMF(R\$) ICMF Pto/Cofins(R\$) Pto/Cofins(R\$) (1,0703%) (4,2269%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,287540	8,82 8,82 27 2,83 8,82 0,08 0,42
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,482850	34,50 34,50 27 8,31 34,50 0,37 1,70
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	72.000	0,738420	53,23 53,23 27 14,37 53,23 0,57 2,63
0810	Subsídio		44,95	44,95 27 12,14 44,95 0,48 2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUÇÃO PÚBLICA		12,58	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 09/20		158,04	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0808	Devolução Subsídio		-30,12	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 278,80 141,30 28,15 141,30 151 6,96
Tarifas/ Tributos AN 30kWh 0,192680 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,495420

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

268 20/03/2019 R\$ 279,80
Histórico de Consumo (kWh)

224	579	517	0	0	522	189	205	178	173	198	189
Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

RESERVADO AO FISCO

3aeb.2907.077c.8fa0.f444.3520.9fd1.64de.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,81	0,17
DIG TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL
DIG ANUAL	23,44	220
FIC MENSAL	9,42	1,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DMC	3,48	0,17
DICI	12,22	LIMITE SUPERIOR

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso(s) futurais(a) faltado(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/03/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Sua unidade foi cadastrada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$90,12. Leitura confirmada



20/03/2019

Faturas em atraso

AG 2019

Fev/19 311,41

Jan/19 302,02

Dez/18 283,72

Nov/18 326,37

Out/18 315,06

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

20/03/2019 R\$ 279,80

83630000002-0 79800094000-4 01004012019-2 03600022019-8





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REG.: 0000074005

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

João Pessoa
08.778.268/0036-90

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
Complexo de Saúde João Pessoa

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

ENDERECO: 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

MEDICAÇÃO:

[] PRESCRITA

ENCAMINHAMENTO:

[] OBSERVAÇÃO

[] 02 - PRIMEIRA CONSULTA

[] APLICADA

[] OUTRO HOSPITAL

[] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE

[] OBITO

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

[] RESIDENCIA

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

[] INTERNAÇÃO

[] 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

[] AMB. /SUS

[] OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

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

*Inde de s...
...do*

CÓPIA

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

Fármacos e medicamentos



7. DIAGNOSTICO:

Sintomas: dor abdominal, febre, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, desidratação.

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

*Br. Aluísio P. Torres
CRM: 1601*





GOVERNO DA PARAÍBA



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Plantonista de Guarabira

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 FACCIOLO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivā(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 N° 3.593.754 SS/PB E CPF N° 090.095.354-36, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANTA IZABEL, N° 482, BAIRRRO 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) Testemun

1) NAO HA

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, escrivã(o) que diaitei.

<i>Flaviana dos Santos Barreto</i>	FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO
Comunicante Jacinto Albuquerque	COMPREV
Escrivão/Agente	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
	21 MAR. 2019
	PROTOCOLO
	AG. JOÃO PESSOA

Modelos Dielectrico II amf/ TD





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:	Nome completo da vítima: <i>0900.953.5436 Flávia dos Santos Barreto</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Flávia dos Santos Barreto</i>		CPF: <i>09009535436</i>		
Profissão: <i>Mercadoneira</i>	Endereço: <i>Sta Isabel</i>	Número: <i>482</i>	Complemento: <i>loteq</i>	
Bairro: <i>Vila Verde</i>	Cidade: <i>Guarabira</i>	Estado: <i>PR</i>	CEP: <i>58200-000</i>	Tel.(DDD): <i>(83) 98854-7538</i>
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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

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 discordé do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Guarabira PR 26/02/2019*
 Nome: *Flávia dos Santos Barreto*
 CPF: *0900.953.5436*

TESTEMUNHAS
 1º Nome: *JUAN CARLOS SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A*
 CPF: *21 MAR. 2019*
 2º Nome: *AG. JOÃO PESSOA*
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

FPS.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 sequela 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 20062513451177000000030487485

Num. 31797848 - Pág. 7



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, contados 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 n° 14118110



Pag 00413/00414 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 2006251345117700000030487485

Núm. 31797848 - Pág. 8

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 20062513451177000000030487485

Num. 31797848 - Pág. 9

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 20062513451177000000030487485

Num. 31797848 - Pág. 10



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

Em test da verdade. Guarabira-PB 12/03/2019 11:17:
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2019-001782]ENOL:R\$ 0,29 FARFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,29
SELO DIGITAL: AIH54222-V4BX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



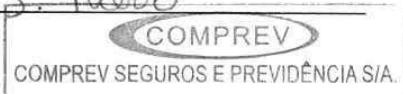
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Flávia dos Santos Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora
Identidade: 3.393.754 CPF: 090.095.354.36
Endereço: R- Sta Isabel 482 B. Nardete

OUTORGADO

Nome: Flávia dos Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Consultor
Identidade: 3.107.382 CPF: 014.864.314.02
Endereço: Jeca Ataíde N: 069. B. novo



21 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AS 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, 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 Flávia dos Santos Barreto.

Local e data:

Guarabira-PB, 12 de Março de 2019.



Flávia 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 20062513451177000000030487485

Num. 31797848 - Pág. 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 014082175365
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	COD. RENAVAM	PRT 20180200015215-9
LACRE	1 0116247399-9	ANTRC 00/00000000 EXERCÍCIO
NOME: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO		
0046544836	09009535436	PLACA QSA7004/PB
PLACA ANT/UF NOVO PB	CHASSI 9C2KD1000JR004676	EXERCÍCIO 2018
ESPECIE/ TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCAS/ MODELO: HONDA/NXR 160 BROS		ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018
2 - CAP/ POT/ CIL	CATEGORIA: PARTIC	COR PREDOMINANTE: BRANCA
I P V A	COTA UNICA: IPVA PAGO EM 007/007/0000	VENC/COTAS: 1 ^a
A	FAIXA IPVA: *****	PARCELAMENTO/COTAS: 2 ^a
	***** 0	3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO: SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO: 22/08/2018
A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA		
GUARABIRA - PR LOCAL: 9999999		DATA: 24/06/2016
EXPEDTOR: 		42030

DENATRAN
CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CA AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SE TRANSPORTADAS OU NÃO. 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

VIA: 09009535436 CEP/ CNPJ: 01162473999 HONDA / NXR 160 MARCA/ M

ANO FAB: 2018 CAT TARIF: 9 N° CHA: 9C2KD1000JR004

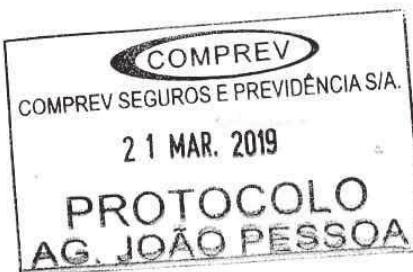
PRÉMIO TARIFÁRIO:
 FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) *****
 CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO P
 PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO

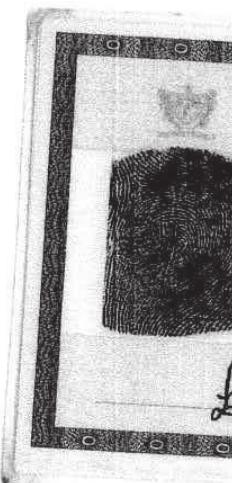
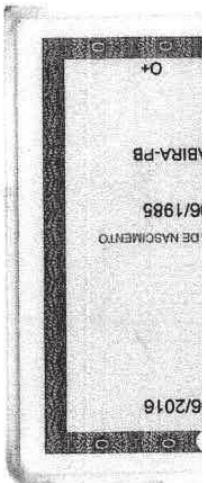
SEGURADORA LÍDER -
CNPJ 09.248.608/0001-04
42030-0956445-20180



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251345117700000030487485>
Número do documento: 2006251345117700000030487485

Num. 31797848 - Pág. 14



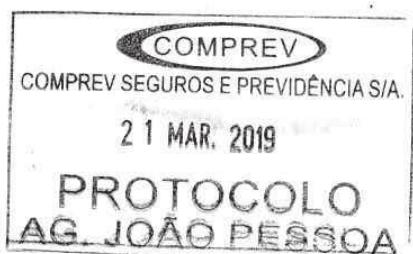


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 13:45:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062513451177000000030487485>
Número do documento: 20062513451177000000030487485

Num. 31797848 - Pág. 16

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	Karina dos Santos Barreto	Matrícula:	357 202
Data Nasc.:	29/09/97	Categoria:	Sua
Sexo:	F	Profissão:	Vendeiro
Est. Civil:	Q	Naturalidade:	João
Residencia:	R. S. T. G. Salles 482 N° 1 Lote 1	Data:	24/11/88
H.D.A.	FD4 8010 27765246	Tel:	82 32435903
Compreende no dia 16.11.2018			
Diag. Clínico:	fiebre & febre febre de 3		
Diag. Radiológico:	f & f & f & f		
Tratamento:			



EVOLUÇÃO

DATA:

11/12/18

Suelio Moreira
Contrôle



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. Alcino Barreto

CRM 1608

