

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Nº Sinistro: 3180366739

Vitima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Data do Acidente: 03/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180366739**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Nº Sinistro: 3180366739

Vitima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

Data do Acidente: 03/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180366739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

085.835.964-25

Nome completo da vítima

Francisco Islanio de Souza Petti

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RÉCUSO INFORMAR
 SEM RENDA
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

Haperao 19 de Março de 2018.
 Local e Data

X Francisco Islanio de Souza Petti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 808 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 03 / Julho / 2017. HORAS 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE, brasileiro, Paraibano, Casado, Motorista, nascido no dia 16.11.90, filho de Ivan Alves Leite e Francisca Xavier de Souza Leite, RG 3.443.807/PB e CPF 085.835.964-25, residente na Rua Edgar Gomes s/n centro Aguiar/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPE, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, circulava pela Rodovia que liga Igaracy à Aguiar/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 125 TITAN ES, cor Azul, Ano 2000, Placa MOG6448/PB e chassi 9C2JC3020YR046110, em nome de ALESSANDRO NOBRE SARMETO e em um trecho desta Rodovia, precisamente em uma curva perdeu o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido por populares para o Hospital Regional Venceslau Lopes em Piancó/PB.

15 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO GESSPO

Itaporanga (PB), 08 / Dezembro / 2017.

Francisco Irlanio de Souza Leite
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fca. Sônia Rodrigues
FDC, POLICIA FED. 80244
CHIEF DE CARTEL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Irônio de Souza Neto

CPF da Vítima

085.835.964-25

Data do Acidente

03/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

reitora.assessoria@hotmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

83 999471520/996978811

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Itaperuna 19 de Março de 2018.
Local e Data

Francisco Irônio de Souza Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SUS WENCESLAU LOPES PIANCO - PB		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
Cnes	2600331	CNPJ:	08.778.268/0031-86
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES			
ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPIINO FILHO, 302			
CIDADE:	PIANCO 58765-000	ESTADO:	PARAIBA
		UF: 25	
Atendimento: CONSULTA			
Paciente: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE			
Mae:	FRANCISCA XAVIER DE SOUZA LEITE		
Pai:	IVAN ALVES LEITE		
Nascimento:	16/11/1990	Idade:	26
Profissao:	Cor: BRANCA		
Endereco:	Sexo: M		
Bairro:	EDGAR GOMES		
Cidade:	Num.: S/N		
Naturalidade:	AGUIAR - PB		
CNS:	Identidade: 3443807		
CPF:	Reg. Nasc.:		
Data / Hora:	03/07/2017 12:28:06	Repcionista:	THAYSA
	Ficha Número: 22196		
PESO: _____ PA: _____		TEMP: _____	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
<p>Fr. d. Enr. Mart. 2d. que d. m. Rua 0 -</p> <p>Fr. Enr. Ex. Cada 5: M</p>			
<p>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)</p> <p>PROTÓCOLO PESSOA</p>			
<p>RESULTADOS</p>			

U paciente de nome Dr. Antônio, é
paciente da Dr. para o paciente
ele fiz a orientação que
não podia, mas ele disse que
liberava que eu responsável
medico Dr. Willame.

~~Letícia Maria da Silva F. Souza~~
~~Enfermeira~~
~~COREN-PB 230084~~
~~555.705008298331856~~



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: 06/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.080,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000000018506-X

Nr. da Autenticação 9165BD3012150BF0

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
RUA EDGAR GOMES SIN-CENTRO
AGUAR / PB CEP: 58778000 (AD: 144)

Emissão: 15/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Suco: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B1250, Km 25-Centro Recreio-João Pessoa/PB - CEP 58071-460
Ric. s/n: E-148-400-5585 N° medidor: 00008897794

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
DNPJ 09.095.160/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°03 580119

Cód. para Dtv. Automática: 00016260721

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 / 2018	15/03/2018	16/04/2018	8583596425 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1626072-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei

nº 10.436, de 26 de abril de 2002.

- Furtar de energia é a maior roubo. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar dor de cabeça. E ainda prejudica até quem não fura, o furtivo prejudica o funcionamento do fornecimento, que causa perda de energia, interrupção e retrocessos nas instalações.

- Chame os vizinhos se acha suspeito e entre no combate ao roubo de energia, transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura			
14/03/18	2268	15/03/18	2484	1	198	29
CCF: Discorrência		Quantidade: Tarifa: I		Valor Base Calc: Alq. Alm.(R\$) Base Calc: Pct(R\$) - Cofre(R\$)		
		Tributos Tab(0%) ICM(0%) ICMS(0%)		Pct(Calculado) (0,0777%) (0,1214%)		
0801 Consumo ate 300Wn-BR	30.000 0,34940	7,34	7,34 27	1,06	7,34 0,04	0,22
0801 Consumo - 31 a 1000Wn-BR	70.000 0,419800	28,29	28,29 27	7,93	29,08 0,30	0,82
0801 Consumo - 101 a 220Wn-BR	98 CCF 0,02980	81,72	81,72 27	18,88	81,72 0,42	1,03
0810 Subsídio		43,28	43,28 27	11,82	43,28 0,29	0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA		12,34	0,00 0	0,00	0,00 0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018		0,35	0,00 0	0,00	0,00 0,00	0,00
0805 MULTA 02/2018		3,81	0,00 0	0,00	0,00 0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		0,02	0,00 0	0,00	0,00 0,00	0,00
0806 Devolução Subsídio		28,80	0,00 0	0,00		

CCF: Código de Classificação do item TOTAL 126,93 141,21 38,20 141,51 0,00 4,41

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO
22/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 126,93

Histórico de Consumo (kWh)

112 | 102 | 100 | 329 | 330 | 244 | 212 | 242 | 228 | 296 | 221 | 218
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

67ca.18c7.aa96.6ae7.2436.0cdd.f648.3958.

Indicadores de Qualidade 1/2018-Plano

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC-MENOR	8,87	1,44
DC-TRIMESTRAL	12,74	NOMINAL
DC-ANUAL	27,48	220
PC-MENOR	9,87	1,00
PC-TRIMESTRAL	7,36	CONTRATADA
PC-ANUAL	14,76	LIMITEINFERIOR 202
DVC	2,87	1,44
DCR	12,22	LIMITESUPERIOR 233

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefícios de Citt. da Energisa/PB	20,09	15,55
Comissão de Energia	30,89	24,30
Gênero de Tratamento	4,00	3,15
Encargos Sistêmicos	7,97	6,38
Impostos Diretos e Encargos	39,79	31,31
Outros Benefíc.	0,00	0,00
Total	126,93	100,00

Valor do Euro (Ref 1/2018) R\$ 41,12

ATENÇÃO

- AVISO: Ficando em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já reavaliados, 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.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,00.

Faturas em atraso

Jul/17 5985,21

APR 2018
OCOLON

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIMA, 56 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 59780000 (AG: 154)



Emissao: 09/02/2018 Referencia: Fhv / 2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classificacao: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B-230, Km:25, Chata Requintar - Jataí-Pesca / PB - CEP:58071-620
Roteiro: T- 154 - 25 - 3680 NF medidor: 00098020001

Nota Fatura / Conta de Energia Elétrica N°001987406
Cód. para Disk Automatizado: 000000218634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança.
- Chama os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito: transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/01/18 Leitura 8894	Data 09/02/18 Leitura 9880		78	26

Demonstrativo

CCF	Descrição	Quantidade Tarifa ¹	Vlor Base Calc.	Alq. Vlro(RB)	Itm Calc. Fixo(RB)	Outro(RB)
0801	Consumo em kWh	79.000 0.720230	54,31	54,31	25	10,30
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA	0,16	0,05	0	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018	0,98	0,00	0	0,00	0,00

13 AG. 170
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edison Rodrigues da Silva Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.247.064-109, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Ildanio da Souza Peite Inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964-25, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Ildanio da Souza Peite, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 085.835.964-25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		<u>58</u>	<u>Base</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>PB</u>	<u>53.780-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>rentas.mesoria@hotmail.com</u>	<u>831999471520</u>	<u>831996978811</u>	

Itaperanga, 19 de Março de 2018.
Local e Data

X Edison Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Alessandro Nobre Sarmento
RG nº 4.517.695, data da expedição 07/12/2017, orgão SSDS PB

Portador do CPF nº 343.448.768-90, com domicílio na cidade de
Aguiaí, estado de Paraíba

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua São Francisco, nº 319, complemento São Francisco, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: Francisco Irlanio de Souza Freire, cujo condutor era: o mesmo.

Veículo: moto

Modelo: Honda CG125 Titan ES

Ano: 2000

Placa: M0G 6498/PB

Chassi: 9C23C3020YRD46110

Data do Acidente: 03/07/2017

15 ABR. 2017
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO *

Local e Data: Itaporangal/PB, 15/03/2018

AGUIAR CARTÓRIO ÚNICO NOTAS
Rua BERNARDINO BENTO, 9, CENTRO, Aguiar - PE

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Alessandro Nobre Sarmento (83) 3995-8522
Dou fé: Aguiar/PB - 15/03/2018
Escrivente: MARIA DAS GRACAS LACERDA
Selo Digital: AGP00901-E7KW
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74

ALESSANDRO NOBRE SARMENTO

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA)

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



MDS



REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDERECO: AV. JOÃO AGRIPINO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: *Priscila* IDADE: *26*PROFISSÃO: *Motorista* DOCUMENTO: _____ENDERECO: *EDGAR GOMES* BAIRRO: *CENTRO* CEP: _____MUNICÍPIO: *AGUAR* ESTADO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: *03/03/19* DATA DO ATENDIMENTO: *03/03/14*CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: *M*

DADOS CLÍNICOS

Priscila. Matos

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>									
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
-----	-----	--------------------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE	OU POLEGAR DIREITO
------------------------	--------------------

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO	ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO
-----------------------------------	--



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Dr. Francisco Inácio

Dr. Francisco Inácio
09/07/14

Patos - PB 12/12/14

09/07/14

Dr. Gaudêncio Melo (de S. Filho)
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7519

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

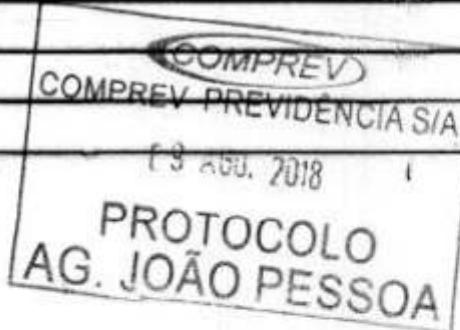


15 MAR 20
PROTOCOL
AG JOAQUIN

Relatório Médico

Dr Wryell Gomes Muniz

Francisco Talberto de Souza Leite
Vítima de acidente automobilístico no dia
03/07/17 com fratura do 5º metacarpo
do mês direita e ferimento contuso
de mão esquerda. Tive mês anterior
imobilizado por 22 dias. Perdeu o sente
de fio de tempo e tive essa mão esquerda.
Tive com o sequelas em mês direita
abdução importante com lesão de fratura
e dor intensa no braço pess. Apresenta
com o sequelas essa mão esquerda atrofia
muscular (com perda de movimento em
sua mão quando levanta, alinha e
se põe de cama etc).



Data 03/08/18

Itaporanga-PB

ASS: J

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400



16 ABR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013813653420
 N.º CAD. REG. PRT 20171700007168-5
 1 0076031491-8 00/00000000 2017

ALESSANDRO NOBRE SARMENTO

34344876890

MOC6448/PB

NOVO PB 9C2JC3020YR046110

PAS /MOTOCICLE/ NÃO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN ES 2000 2000

2 P/124 /CI PARTIC AZUL

1 P/124 /CI PARTIC AZUL

PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
 PREÇO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 07/12/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.600/0001-04

31054-0909274-20171222

AGUIAR - PB

19267 22/12/2017 31054

PB Nº 013813653420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2017 22/12/2017

DET/OPC. PLACA
 MOC6448/PB

RENUMAR MARCA/MODELO
 00760314918 HONDA/CG 125 TITAN ES

ANO FAB. DATA
 2000 9

9C2JC3020YR046110

PRÉMIO TARRÁRIO

PRÉMIO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
 PREMIO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 07/12/2017

DATA DE PAGAMENTO
 PREMIO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

07/12/2017

1.º BILHETE DE SEGURO DPVAT
 PROTOCOLO PESSOAL
 AG. JOÃO PESSOA

A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Francisco Jônio de Souza Leite, SINISTRO de nº 3180170796 inscrito no CPF de nº 085 835 964 25, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a **Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974**.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 09 de 08 de 2018.



Jônio Rodrigues dos Santos
PROCURADOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA
E DÉFICIT FUNCIONAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
		Total	3,5 %	R\$ 472,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
 LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
 TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	2%	R\$ 270,00
Total			9 %	R\$ 1.215,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
 LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
 TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			8 %	R\$ 1.080,00