



Número: **0802775-05.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **03/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PETRONIO LEONARDO DA SILVA (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35307 197	09/10/2020 09:55	<u>2750975_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180580291 **Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA**

Data do Acidente: 24/09/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PETRONIO LEONARDO DA SILVA

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 nº 13702954

Pag. 00023/00024 - carta_01 - INVALIDEZ





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:

639.375.814-72

Nome completo da vítima:

Pitônio Leônido da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Pitônio Leônido da Silva

CPF: 639.375.814-72

Profissão: Recuperador

Endereço: Rua Maria Célia

Número: 493 Complemento:

Bairro: Popular

Cidade: Santa Rita

Estado: PB

CEP: 59301-075

E-mail:

scf.adm@gmail.com

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Operação: 013

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4914

CONTA: 7472

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: _____

(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

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.

MORTE

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 Sim Não Não Falecidos: Nascer (val nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410

Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7^ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 34 /2018

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

COMUNICANTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: SANTA RITA-PB
PROFISSÃO: MOTORISTA DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1967 IDADE: 51 ANOS RG: 131.464-9 SSP/PB CPF: 639.375.814-72
FILIAÇÃO: RAIMUNDO JOSÉ DA SILVA E MARINETE LEONARDO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MARIA EULINA, Nº. 514, ALTO DA POPULAR, SANTA RITA-PB, CEP 58.301-075. **TELEFONE:** 83-98831-7988
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 24/09/2016 **LOCAL DO FATO:** AVENIDA LIBERDADE, BAYEUX-PB

NARRATIVA: PETRONIO LEONARDO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 24/09/2016 POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR 125, DE PLACA NQA-2160/PB, CHASSI Nº. 9C6KE1220A0101841, DE SUA PROPRIEDADE PELA AVENIDA LIBERDADE, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA 06 DE JUNHO E DO BATALHÃO DE POLÍCIA, MAIS PRECISAMENTE ONDE FINALIZA O BAIRRO DE VÁRZEA NOVA DA CIDADE DE SANTA RITA E ONDE SE DÁ INÍCIO A CIDADE DE BAYEUX-PB, MOMENTO EM QUE O NOTICIANTE BATEU CONTRA O MEIO FIO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE DE SANTA RITA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:28H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEÓLO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM: 3883/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

10 DEZ. 2018
COM REFERÊNCIA AO PRECEDENTE
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 155.266-1

Cabedelo-PB, 29 de junho de 2018



Petronio Leonardo da Silva





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:	
	639.375.814-72	Pitônio Leônidas da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Pitônio Leônidas da Silva		CPF: 639.375.814-72
Profissão:	Endereço:	Número: 493 Complemento:	
Bairro:	Cidade: Santa Rita	Estado: PB	CEP: 59301-075
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) Opção: 013	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 7472 3 (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

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 (val 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Pitônio Leônidas da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.



Nauny
ORTOPEDISTA



UPA SANTA RITA 24H

ENCAMINHAMENTO

Encaminho a paciente PETRONIO LEONARDO DA SILVA, 49 ANOS, CHEGA AO SERVIÇO, APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA, APRESENTANTO DOR INTENSA EM TORNOZELO DIREITO, INCAPACITANDO A DEAMBULAÇÃO.

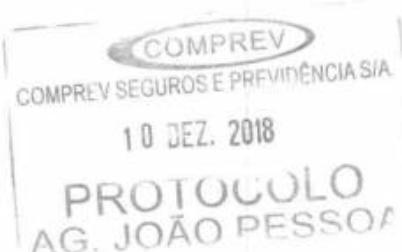
SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA ORTOPEDISTA

Santa Rita 24 de SETEMBRO de 2016

Dra. Yole Maria
CRM PB 7599
CRM RN 8172

YOLE MARIA

CRM 7599 PB



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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 00000007472-3

Nr. da Autenticação 94B1D02FC24BA111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>
Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 6

 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA 6847668 REFERÊNCIA CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS NOV/2018																	
MARINETEL DA SILVA RUA MARIA EULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB 58301-075																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th>Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>003.004.035.0231.000</td> <td>000</td> <td>1 0 0 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>Y05X137768</td> <td>08/05/2007</td> <td>EXTERNO LIGADO</td> <td>POTENCIAL</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	003.004.035.0231.000	000	1 0 0 0		Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto	Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável																
003.004.035.0231.000	000	1 0 0 0																	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto																
Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL																
ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (m³) : NÚM. DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA 1130 1136 6 30 21/12/2018 HIST. CONS./ANOR. LEIT.: QUAL ID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS. OUT/2018 7 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES SET/2018 7 TURBIDEZ 0 0 0 JUL/2018 8 CLÓRO 0 0 0 JUN/2018 7 COL. TÉRMOT 0 0 0 MAI/2018 7 COR 0 0 0 ABR/2018 3 COL. TOTAIS 0 0 0 MÉDIA(m³) 6 DADOS REFERENTES A: SET/2018																			
DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26 <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA</td> <td>6,43</td> <td>37,91</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6,43	37,91	ESGOTO									
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)																	
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6,43	37,91																	
ESGOTO																			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONI HS, IPI 12,741/12 <table border="1"> <thead> <tr> <th>VENCIMENTO:</th> <th>Total a Pagar:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/12/2018</td> <td>R\$ 37,91</td> </tr> </tbody> </table>				VENCIMENTO:	Total a Pagar:	03/12/2018	R\$ 37,91												
VENCIMENTO:	Total a Pagar:																		
03/12/2018	R\$ 37,91																		
<table border="1"> <tr> <td>  CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1 </td> </tr> <tr> <td> INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR" </td> </tr> </table>				 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1	INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"														
 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1																			
INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"																			

COMPREV
 COMPREV SECURISSE PREVIDÊNCIAS S/A
 10/12/2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA 6847668 REFERÊNCIA CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS NOV/2018																	
MARINETEL DA SILVA RUA MARIA EULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB 58301-075																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th>Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>003.004.035.0231.000</td> <td>000</td> <td>1 0 0 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>Y05X137768</td> <td>08/05/2007</td> <td>EXTERNO LIGADO</td> <td>POTENCIAL</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	003.004.035.0231.000	000	1 0 0 0		Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto	Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável																
003.004.035.0231.000	000	1 0 0 0																	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto																
Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL																
ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (m³) : NÚM. DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA 1130 1136 6 30 21/12/2018 HIST. CONS./ANOR. LEIT.: QUAL ID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS. OUT/2018 7 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES SET/2018 7 TURBIDEZ 0 0 0 JUL/2018 8 CLÓRO 0 0 0 JUN/2018 7 COL. TÉRMOT 0 0 0 MAI/2018 7 COR 0 0 0 ABR/2018 3 COL. TOTAIS 0 0 0 MÉDIA(m³) 6 DADOS REFERENTES A: SET/2018																			
DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26 <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA</td> <td>6,43</td> <td>37,91</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6,43	37,91	ESGOTO									
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)																	
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6,43	37,91																	
ESGOTO																			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONI HS, IPI 12,741/12 <table border="1"> <thead> <tr> <th>VENCIMENTO:</th> <th>Total a Pagar:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>03/12/2018</td> <td>R\$ 37,91</td> </tr> </tbody> </table>				VENCIMENTO:	Total a Pagar:	03/12/2018	R\$ 37,91												
VENCIMENTO:	Total a Pagar:																		
03/12/2018	R\$ 37,91																		
<table border="1"> <tr> <td>  CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1 </td> </tr> <tr> <td> INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018. RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR" </td> </tr> </table>				 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1	INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018. RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"														
 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO TATUAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1																			
INFORMAÇÕES GERAIS: "EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018. RESERVISTA, APRESENTE-SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR"																			

COMPREV
 COMPREV SECURISSE PREVIDÊNCIAS S/A
 12/12/2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





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 Adailton Bento de Oliveira Lourenço inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gláucio Vitorino de Andrade Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Gláucio Vitorino de Andrade Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39, 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	Av. Nossa Senhora das Graças, 172	Número	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Estado
Email	cep.adalton@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa - PB, 10 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adailton Bento de Oliveira Lourenço
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

DLORL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>
Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 9



18

CERTIDÃO

Nº. 0631/2018

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº889530, e prontuário de Nº 2016.09.2256 pertencentes a PETRONIO LEONARDO DA SILVA que foi atendido dia 24/09/2016 às 14H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maleolo direito. Realizado tratamento conservador e alta médica dia 28/09/2016.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de abril de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>
Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 10

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58016-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 889530 Atd: Nao Regula
Data: 24/09/2016
Hora: 14:28:18
Recepctionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

Nºm. Prontuario: 2016.09.002256

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1314649 Fone: 38317989

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 06/06/1967 Id: 49 an(s)

End.: RUA MARIA EULINA 493SEM CARTAO DO SUS

Bairro: ALTO DAS POPULARES Cidade: SANTA RITA UF :PB

Pai: RAIMUNDO JOSE DA SILVA

Mae: MARINETE LEONARDO DA SILVA

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EMFERMEIRA MICHERLINE

Tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Pecedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: VEIO NA MABULANCIA VINHA DO TRABALHO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO BAIRRO VARZEA NOVA PROX DO

Vitima de violência por: BATALHAO DE POLICIA HJ AS 12/ HS CONDUTOR MORENO

[] Caso Policial

E-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
[] Vomito		

Queixa Principal

*Trauma em fonezelo d. Enf. Karina Lom
Acidente de moto, fraco no fonezelo d.
desconheço se bateu no fonezelo d., COREN 272212*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

1º atendido pelo Dr. Milen. Rx +2

*Fraqueza muscular tibial + muscular posterior
Ext. fibula alta.*

Diagnóstico *Fnt. Tonoza ①*

*Conduita Intensa.
Indicado fnt. cirúrgico.*

Prescrição

PTX/250 mg/500 ml COMPRESEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 DEZ. 2018

*Dr. Rodriguez C. J. 40417791
CRM-PB 484714 10/10/2018*

*PROTOCOLO
AO PESSOA*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

1.1 Alta a medida

[] Transferido

[] Transfer

[1] Resistencia

[] Desistencia

1 1 1 1 1 1 1 1 1

1107

COMP

COMPREV

IML 10 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Petrus Leonardo da Silva **Data da Admissão:** 28/10/916
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** / /
QPD: _____
HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: **Febre** **Astenia** **Anorexia** **Perda de Peso** _____ **Kg** **em** _____ **Prurido** **Sudoese** **Calafrios** **Alopecia** **Adenomegalias** **Icterícia** **Tonturas** **Outros:** _____
Pele: _____
Cabeça e PESCOÇO: **Cefaléia** **Espirros** **Rinorréia** **Obstrução Nasal** **Epistaxe** **Dor de Garganta** **Bócio** **Rouquidão** **Disfagia** **Audição:** _____ **Visão:** _____
AR e ACV: **Dor** _____ **Tosse** **Expectoração** **Hemoptise** **Dispnéia** **Palpitações** **Desmaio** **Cianose** **Edema** _____ **Outros:** _____
ABD: **Dor** _____ **Pirose** **Soluço** **Regurgitação** **Hematêmese** **Náuseas** **Vômitos** **Dispepsia** **Diarréia** **Melena** **Enterorragia** **Constipação** **Aumento de volume**
AGU: **Disúria** **Incontinência** **Retenção** **Poliúria** **Oligúria** **Noctúria** **Hematúria** **Mal Cheiro** **Corrimento** **Outras:** _____
SME: **Dor** _____ **Rigidez pós-reposo** **Deformidades** **Artralgia** **Calor** **Rubor** **Edema** **Crepitação** **Fraqueza** **Atrofia** **Espasmos**
SN e PSQ: **Insônia** **Sonolência** **Convulsões** **Motricidade e Sensibilidade** _____ **Amnésia** **Libido** **Humor**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>

Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 13



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Petronio Leonardo da Silva		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	49a	SEXO	M.	COR	
DATA DE ADMISSÃO	24/09/2016	DATA DE ALTA	28/09/2016	TEMPO DE PRATICAMENTO	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de diáfise da fibula			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fratura de malleolo posterior (conservador)				
OUTROS DIAGNÓSTICOS	Fratura de malleolo posterior (conservador)				
PRINCIPAIS EXAMES	RX.				
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
Fixa PTB.					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
ESTADO DA FERIDA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
Fratura conservadora de PTB (Rodrigo Amaral)					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	Livre				
REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 60 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em 21 dias Ao Ambulatório do Dr. Alexandre Gaião				
DATA				para retirada de pontos, em 30 dias para revisão Dr. Alexandre Gaião Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 3810 9603 ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



INSCRIÇÃO PREVIA
11.12.2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

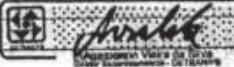
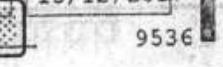


COMPREV
COMPREV SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>
Número do documento: 20100909554308700000033735410

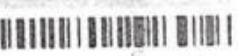
Num. 35307197 - Pág. 15

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO RT 20170000483128-9	
VIA	CÓD. RENAVAM	PLACA	Nº 013928896988
1	0017949667-0	EXERCÍCIO	03/000000000
NOME			
PETRONIO LEONARDO DA SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
63937581472		NQA2160/PB	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NOVO	PB	9C6KE1220A0101841	
— ESPÉCIE TIPO —		— COMBUSTÍVEL —	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCAS / MODELOS		ANO FAB. / ANO MOD.	
YAMAHA / FACTOR YBR125 K		2009 / 2009	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA / COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI		PARTIC / VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA / VENC. / COTAS	
I		00/00/0000	1*
P			2*
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3*
A	*****	0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
*****		*****	
SEGURADO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
A.F BANCO ITAUCARD S/A		DATA DE PAGAMENTO	
		11/12/2017	
OBSERVAÇÕES			
BAYEUX - PB		LOCAL	
32280		DATA	
		13/12/2017	
		9536	
			
			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 013928896988 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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	63937581472	NQA2160/PB	2017	13/12/2017
RENAVAM		MARCAS / MODELOS		
00179496670		YAMAHA / FACTOR YBR125 K		
ANO FAB.	CAT. TAN.	NP CHASSI		
2009	9	9C6KE1220A0101841		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	ITALIA E/OU PAÍS DE EMISSÃO		
*****	*****			
PAGAMENTO		PAGO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO		
		11/12/2017		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.368.800/0001-04				
9536-1354448-20171213				
				


COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIÊNCIAS S.A.
 10 JUN 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

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 EVIDENÇIA 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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Petronio Leonardo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Conjugado
PROFISSÃO: Mecânico **Nº DO RG:** 04318897269
ÓRGÃO EMISSOR: Detran - PB **DATA DE EMISSÃO:** 14/03/14
Nº DO CPF: 639.375.814-72 **ENDEREÇO:** Rua Maria Cultura, n° 493, Popular Santo Rito - PB, CEP 58301-075

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 22.742
ÓRGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 **ENDEREÇO:** AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Petronio Leonardo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

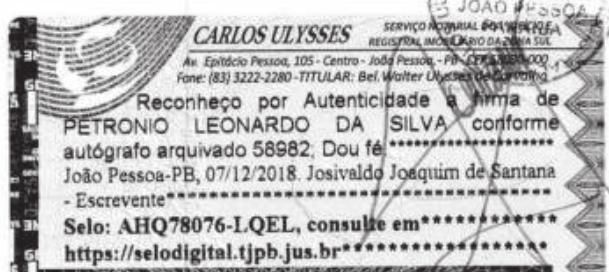


Detran-PB, 07 de Dezembro 2018. 10 DEZ. 2018

Petronio Leonardo da Silva **PROTOCOLO**
AG. JOÃO PESSOA

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445800/18

Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF: 639.375.814-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2016

Titular do CPF: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

PETRONIO LEONARDO DA SILVA : 639.375.814-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/12/2018

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:55:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909554308700000033735410>
Número do documento: 20100909554308700000033735410

Num. 35307197 - Pág. 20