

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Nº Sinistro: 3180044258

Vitima: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 28/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180044258**.

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

Carta nº 12294930



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS
Nº Sinistro: 3180044258
Vitima: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS
Data do Acidente: 28/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180044258**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Sinistro: 3180044258

Vítima: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Data do Acidente: 28/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180044258** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 09 de Maio de 2018

Carta nº: 12775374

A/C: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Nº Sinistro: 3180044258
Vítima: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS
Data do Acidente: 28/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000035370-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

050.227.474-30

Nome completo da vítima

Francisca Eloni dos Santos Dias

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisca Eloni dos Santos Dias	050.227.474-30	recuse
Endereço	Número	Complemento
Rua Raimundo Pereira Oliveira	SIN	Pena
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista		PO
		CEP
		5880000
Email	Telefone (DDD)	
VERASDPVAT@HOTMAIL.COM	(083) 98383-8197	

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

☒ RECUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ ATÉ R\$ 1.000,00☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ BRADESCO (237)☐ BANCO DO BRASIL (001)☐ ITAÚ (341)☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRD

0558

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRD

35330

(Informar dígito se existir)

D/V

8

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRD

AGÊNCIA

NRD

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRD

(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.

Souza-PO, 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

Francisca Eloni dos Santos Dias

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



17 JAN 2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 226/2017

VERSANDO SOBRE: *Acidente de Trânsito.*

DATA DO FATO: 28.10.2017. As 10h,30min. Aproximadamente.

LOCAL DO FATO: Centro, Sousa-PB.

DATA DE CONHECIMENTO DA DELEGACIA: 20.12.2017

O(A) Comunicante: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS, Nacionalidade: brasileiro(a). Estado Civil: solteira, Profissão: manicuri, Naturalidade: Cajazeiras-PB, Grau de Instrução: médio, Idade: 34 anos de idade, Data de Nascimento: 18.02.1983, Filiação: Francisco de Assis Dias e de Tereza dos Santos Dias, RG nº 2949208-SSP/PB, CPF nº 050227474-30, residente na Rua Raimundo Pereira de Oliveira, nº 63, Bairro Jardim Bela Vista, Sousa-PB.

Vítima: O Comunicante.

HISTÓRICO DO FATO

O(A) comunicante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava de sua residência, sentido o centro de Sousa-PB, conduzindo a MOTO HONDA/CG 125 FAN, COR PRETA, ANO E MODELO 2008, PLACA MOR1936/PB, CHASSI 9C2JC30708R197586, licenciada em nome de Gabriel Erbenio Dias; Que, ao chegar a Rua Conego Jose Viana, centro, um veículo veio a colidir na lateral de sua moto e nisto veio a cair, sofrendo trauma pelo corpo; Que, foi socorrida pelo proprietário do veículo envolvido no acidente para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento médico; Que, não sabe o nome do condutor do veículo nem os dados do veículo; Que, não teve despesas hospitalar. QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS SÃO DE TOTAL RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE Seguindo determinação da Portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registrados em qualquer Delegacia deste Estado Declaro ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Autoridade Policial: Carlos Jose Seabra de Melo.

Providências Adotadas: Lavratura do BO

Comunicante Vítima: Francisca Elani dos Santos Dias

Osmarino Souto Muniz

Escrivão Ad-Hoc

Mai.603780-1

17 JAN 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Francisca Blani dos Santos Dias CPF da Vítima: 050.227.474-30 Data do Acidente: 28/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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 discordo do seu conteúdo.

Sousa PB 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

Francisca Blani dos Santos Dias
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

26/10/2017

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 0004359



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE VITÓRIO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSE FAQUINHO DE LIMA - S/N - GATO PRETO

CEP: 58800-005 CNEC: 254433-7 CNPJ: 08.778.268/0027-02

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS PRONT: 0026374

SEXO: F DN: IDADE: 18/02/1983 - 34 A S M 10 U RAÇA/COR: PARDA

MÃE: TEREZA DOS SANTOS DIAS OCUPAÇÃO

MANTENEDOR: CAJAZEIRAS - PB SUSPRENATAL

CNS: CPF: 050.227.474-30 DOCUMENTO: Identidade - 2949208

ENDEREÇO: RUA - RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA - 03 - BELA VISTA

COMPLEMENTO: CEP: 58.800-005 ESTADO: PARAIBA

MUNICÍPIO: SOUSA DATA: 26/10/2017 10:31:54 REGISTRADO: PCR: atendimento básico

CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Comprovação de ato declaratório



Guia de Atendimento 05...

PARTICIPAÇÃO - MEDICAMENTOS - OUTROS

10:45

Decisão 4101/2017

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO☐ 02 - URGÊNCIA☐ 03 - AGENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA☐ 04 - AGENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

☐ MEDICAÇÃO☐ PRESCRIÇÃO☐ APLICADA☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL☐ ORTÓ ☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES - CARIMBO

CNS

Dr. Francisco de Assis

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PULGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

Manoel Augusto da Silva
Téc. Enfermagem
17/21/64

17 JAN 2018

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: 03/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000035370-8

Nr. da Autenticação A46D9919F9896375



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisca Elani dos Santos DiasRG nº 2.949.208, data de expedição 23/07/15, órgão SSPPRO

CPF nº 050.227.474-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Raimundo Pereira Oliveira</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58800000</u>
Telefone de Contato	<u>(083)98383-8397/99939-4307/99344-6560</u>
E-mail	<u>VERASDPVAT@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 20/12/2017Assinatura do Declarante: Francisca Elani dos Santos Dias

FRANCISCA ELANI DOS SANTOS OAS
RUA RAIMUNDO PEREIRA OLIVEIRA, S/N - BELA VISTA
SOUZA/PB CEP: 58800000 (AG: 177)

Entrada: 23/10/2017 Referência: Out/2017
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/BAIXA TENSÃO MONOFÁSICO
Rastreio: 12 - 177 - 210 - 1780 N°medidor: 6033941488

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA ENERGISA S.A.
R-220, Km 25 - Oito Reitores - João Pessoa/PB - CEP 58071-580
CNPJ: 08.988.185/0001-40 Ins. Est. 16.014.422.0

Nº da Fatura/Conta de Energia: 5022747430
Cód. para D.D.A. Automático: 00015278112

Atendimento ao Cliente: **0800-083-0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta Referência a: **Apresentação** Data prevista da próxima leitura: **CPE/CNPJ/RAN**
Out/2017 23/10/2017 22/11/2017 5022747430

UC (Unidade Consumidora): **5/1527811-2**

Canal de contato:
- Tanta Saúde de Energia Básica - TSEE lançada pela Lei nº 10.438, de 24 de abril de 2002.
- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL
- CADASTRO BIOMÉTRICO
- IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA OBRIGATORIA E GRATUITA O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO, PROCLAMA O CADASTRO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 21/09/17	Data: 23/10/17			
Leitura: 10563	Leitura: 10726		172	32

Demonstrativo									
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cód. Ativ.	Intens.	Red. M.	Proporç.	Cód. (R\$)	
0801 - Consumo 24 x 220V/60Hz	30,000	0,267220	7,57	7,57	27	2,04	7,57	0,08	0,30
9901 - Consumo 24 x 100V/60Hz	70,000	0,432620	30,27	30,27	27	6,17	30,27	0,31	1,48
0801 - Consumo 24 x 220V/60Hz	72,000	0,848500	48,21	48,21	27	12,81	48,21	0,48	2,23
0801 - Adic. E. Armazen			0,83	0,83	27	0,25	0,83	0,01	0,04
0801 - Adic. E. Vermeles			4,22	4,22	27	1,14	4,22	0,04	0,20
0810 - Subtotal			44,65	44,65	27	12,93	44,65	0,49	2,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807 - CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			10,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808 - Elevação S.A.S. 60Hz			26,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
OCT. Cálculo de Classificação do tam.									
TOTAL			115,20	104,25		36,24	134,24	1,36	6,42

Resumo do Consumo (kWh): **138**
VENCIMENTO 06/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 115,20

Histórico de Consumo (kWh):
135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150
Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16

RESERVAÇÃO AO FISCO
a4a8.bb26.3eab.2f93.5f79.a516.fe21.b197.

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DESAFIO	0,00		
DESAFIO	12,64		
DESAFIO	25,03		
DESAFIO	3,55		
DESAFIO	1,10		
DESAFIO	14,20		
DESAFIO	3,71		
DESAFIO	1,22		

Classificação	Valor (R\$)	%
Remuneração de Dist. de Energia (R\$)	21,54	18,71
Compra de Energia	26,45	23,50
Perdas de Tensão (R\$)	2,91	2,53
Encargos Setoriais	2,87	2,50
Impostos Diretos e Encargos	54,89	47,68
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	115,20	100,00

ATENÇÃO
Sem crédito de fatura de energia elétrica. Prazo de validade de 12 meses.
Leitura confirmada.

PARAIBA
Rastreio: 12 - 177 - 210 - 1780
Vencimento: 06/11/2017
VENCIMENTO 06/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 115,20



17 JAN 2018



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 da indenização. 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 Carlos Ademir Pereira Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Blom dos Santos Dias inscrito
(a) no CPF sob o Nº 050.227.274 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Francisca Blom dos Santos Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.227.274 / 30 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 <u>Rua José Fagundes de Lima</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Cató Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>VERASDPVAT@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(083) 98383-8397</u>

Sousa PB 20 de Dezembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

17 JAN 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gabriel Erbenio Dias

RG nº 4.155.922 data de expedição 02/04/13 Órgão SSPPB

Portador do CPF nº 120.909.514-94, com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Narcisca Henriques

nº 105 complemento Laza, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisca Blani dos Santos Dias cujo o condutor era Francisca Blani dos Santos Dias

Veículo: HONDA CG 125 FAN

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: MOR 1736/PB

Chassi: 9C2JC30708R197586

Data do Acidente: 28/10/2017

Local e Data: Sousa-PB, 03/12/2017



Gabriel Erbenio Dias

Assinatura do Declarante

Francisca Blani dos Santos Dias

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
GABRIEL ERBENIO DIAS
 Em testada verdade: Sousa-PB 01/12/2017 15:49:23
 FRANCISCA DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
 2017-015157 T000-03 19 23 FAPEN-03 0 20 FPP-03 1 19 ISS-03 0 20
 Selo Digital: 16040617-128X
 Confira a autenticidade em <https://selo.digital.gov.br>

Titular: Del. Paulo Henrique Rodrigues Moraes
 Rua Sargento Ezequiel de Carvalho, 34 - Centro - Sousa/PB
 CEP 53500-000 - Fone: (35) 3402-7000

Francisco de S. Pedrosa Neto
 Escrevente Autorizado
 Sousa-PB.

17 JAN 2018



DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - UFCG
MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

Documentação médica - hospitalar



RELATÓRIO MÉDICO:

Trata-se do peritoando Francisca Elani dos Santos, 35 anos, acidente de moto, dia 26/10/17, BO nº 226/2017, ocorrido em Sousa - PB.

Apresentava na ocasião do acidente escoriações em dorso, em membro superior e inferior esquerdo. Trauma contuso em ombro esquerdo com fratura do úmero esquerdo, trauma contuso em cotovelo e joelho esquerdo.

Foi atendido no hospital regional de Sousa, onde foi realizado limpeza e esvaziamento das escoriações, curativo, medicado e realizado exames de imagem que evidenciaram a fratura.

Ao exame, constatamos que o mesmo apresenta Cicatriz em dorso, membro superior e inferior esquerdo. Relata dor em ombro esquerdo, com limitação para elevar e rotar o membro superior esquerdo, e dificuldades para pegar objetos com a mão. Relata dor em joelho esquerdo com edema e limitação para deambular.

Do exposto, concluímos que há limitação funcional do ombro esquerdo em torno de 60%, e há limitação em joelho esquerdo em torno de 40% além da deformidade e dor crônica principalmente aos esforços, decorrentes do acidente.

Sousa, dia 29/03/2018.


Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
Médico - CRM 8790

03 ABR 2018

Rua Teófilo Antônio de Holanda, s/n, centro, Cajazeiras - PB. Tel.: (083) 99371-7003.
Email: carlosoliveiramd@outlook.com

Opel

Houve um problema de formatação no final do documento.

04-ABR-2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.949.208 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2015

NOME FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS

ENDEREÇO FRANCISCO DE ASSIS DIAS
TEREZA DOS SANTOS DIAS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 18/02/1983

DOC ORDEM
NSC N. 3133 FLS 98V LIV 04-A
CAPTORIO SANTA HELENA PB

CPF 050.227.474-00

JOÃO FERREIRA

22/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA / DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

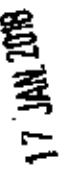
 

Francisca Elani dos Santos Dias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

17 JAN 2018



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180044258 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS **Data do acidente:** 28/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU I, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR COM DOR DURANTE MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR DO OMBRO, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, APESAR DA SOLICITAÇÃO MÉDICA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do ombro devido à atrofia muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180044258**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA ELANI DOS SANTOS DIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA, SN, CASA - BELA VISTA - Sousa - PB - CEP 58800-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **2949208**

Data e local do acidente: [**28/10/2017**] **SOUSA PB**

Data e local do exame: [**27/04/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA POR UM PERÍODO DE 40 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, APESAR DA SOLICITAÇÃO MÉDICA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU I, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR COM DOR DURANTE MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR DO OMBRO, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 15° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU I DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU I ATROFIA DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR DOR DURANTE MANOBRA DE GAVETA ANTERIOR DO OMBRO DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

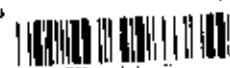
Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



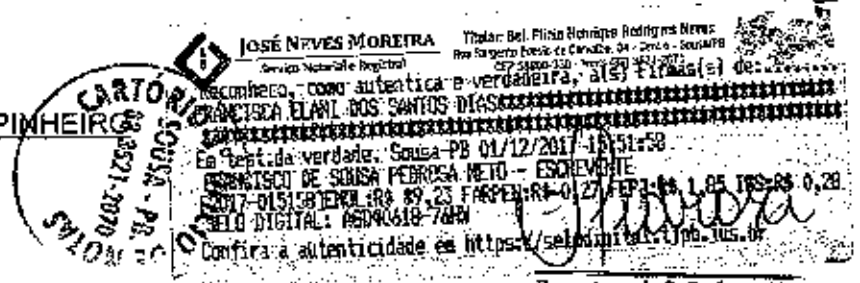
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisca Elani dos Santos Dias
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: solteira
 Identidade: 2.949.208
 CPF: 050.227.474-30
 Profissão: manifere
 Endereço: Rua Raimundo Pereira Oliveira, 514, Bela Vista, Sousa
PB.

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 2001097006008
 CPF: 973.419.833-53
 Profissão: EMPRESARIO
 Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, 76, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Francisco de S. Pedrosa Neto
 Escrevente Autorizado
 3º Ofício Sousa-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante 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, a fim 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 pericia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Francisca Elani dos Santos Dias

Sousa-PB, 01/12/2017
 Local e data

Francisca Elani dos Santos Dias
 Assinatura do Outorgante

