
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000039873-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 153.348.738-30 Nome completo da vítima: Leonardo da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Leonardo da Silva Junior CPF: 153.348.738-30

Profissão: Recuso Informar Endereço: Rua Inocência Antônio Belarmino dos Santos Número: 511 Complemento: 962 Bl 33

Bairro: Gromome Cidade: João Pessoa Estado: _____ CEP: 58068-375

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89873 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa, 02/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03493.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03493.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:52 horas do dia 29 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leonardo da Silva Junior**, CPF nº 153.348.738-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Protetico, filho(a) de Marilene da Silva e Leonardo da Silva, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 14/11/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Freire da Nobrega, Nº 102, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98715-7465.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Prefeito Luis Alberto Moreira Coutinho, Proximo Ao Garrafão, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/10/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/10/2018, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA IROS ONE 125 DE COR VERMELHA, ANO 2011, PLACA NPW-5184/PB, CHASSI 96ZNE2125BM000332, REGISTRADA EM NOME DE ANA CAROLINA LOPES DOS SANTOS, NA AVENIDA PREFEITO LUIS ALBERTO MOREIRA COUTINHO, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO VEIO NA CONTRA MÃO E COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0224/2019 ASSINADO PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de março de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEONARDO DA SILVA JUNIOR
Noticiante

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: 153.348.738-30 Nome completo da vítima: Leonardo da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Leonardo da Silva Junior CPF: 153.348.738-30

Profissão: Recuso Informar Endereço: Rua Inocência Antônio Belarmino dos Santos Número: 511 Complemento: 962 Bl 33

Bairro: Gromome Cidade: João Pessoa Estado: _____ CEP: 58068-375

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89873 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa, 02/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA,
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: *

Ficha Nr: 170276 Atd: Nao Regul
Data: 07/10/2018
Hora: 13:46:24
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.000983

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4473930 Fone: 988300586

Natural: SAO PAULO/SP Data Nasc.: 14/11/1971 Id: 46 ano(s)

End.: RUA ANTONIO FREIRE DA NOBREGA, 95

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARILENE DA SILVA

Pai: LEONARDO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA-JANAINA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO 07/10 COND A TARDE

Vitima de violencia por: EM FRENTE AO GARRAFAO MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO FERIMENTO NO PE ESQUERDO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente relato colisao moto x carro
uno de coracao. nega desmaio, nauseas e vomitos. Possui alergia a dipirona. Voz normal
feto irregular.

Diagnostico

Condut

Fr 5x Ponto 2 40 050 PV 1 Abolição inicial
2 Raxox pe esquerdo AP e obliqua
3 Abolição do ortopedico

Prescrição

Prescrição de Jiloty 20mg. EV+AD agora.

Horario da medicacao

14:30

Marcelia Vieira
Cirurgia Vascular
CRM-PE: 25450
CRM-OR: 9820

2) No Bico do Camaro e P/um

4) Ceftriaxona 1g - 1x/dia

2) Soro Ringer Lactado 1L - 1x/dia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

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: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000039873-8

Nr. da Autenticação 9249E44D4829AC5B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento emitido em 01/03/2019

Documento emitido em 01/03/2019 às 14:02h

Documento emitido em 01/03/2019 às 14:02h - Nº 021.233.100



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-600
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.215.823-6

DADOS DO CLIENTE

JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA
RUA MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS S/N Q 62 BL 33 AP 102
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1577052-2

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

01/03/2019

CONSUMO

202

VENCIMENTO

12/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 205,02

Acesse: www.energisa.com.br



JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA

Roteiro: 01-002-900-5050

83650000002-8 05020149000-5 15770522019-0 03400002019-7

VENCIMENTO

12/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 205,02

MATRÍCULA

1577052-2019-03-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP 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 Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo da Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.348.738, 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Leonardo da Silva Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 153.348.738, 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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 02/04/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA CALINA LOPES DOS SANTOS,
RG nº 4976819, data de expedição 18/05/1993
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 036773174-60 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: PROFS MARIA LIANZA, J. CIP. UNIVERSIT. nº 242
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leonardo da Silva Junior cujo o condutor era
Leonardo da Silva Junior

Veículo: moto
Modelo: IRON ONE 125
Ano: 2011
Placa: NPW 5184/PB
Chassi: 96Z NE 2125B M000332
Data do Acidente: 07-10-18
Local e Data: João Pessoa, 11-04-19

Ana Calina Lopes dos Santos
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Titular / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58060-000 - Fone/Fax 3226-0000 / 3226-0001

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ANA CALINA LOPES DOS SANTOS.....

Em test, da verdade: João Pessoa - PB 11/04/2019 11:55:33
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESPRESENTE AUTO
[2019-016897]ENCL:R\$ 49,91 FAREN:R\$ 0,28 FVJ:R\$ 1,98 IS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AIL16615-SSDE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.ies.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
NATISMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
LEONARDO DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR (R)
23101749 ESP SP

CPF
153.348 738-30 DATA NASCIMENTO
14/11/1971

FILIAÇÃO
LEONARDO DA SILVA
MARILENE DA SILVA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CATEGORIA
3.C

Nº IDENTIFICADO
02136377636 VALIDADE
01/09/2019 1ª EMISSÃO
27/07/1990

Observações

Assinatura do Portador

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
02/09/2014

Assinatura do Emissor
Rodrigo Carneiro 46485589513
PB029168724

DETRAN - PD (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
971777804

PRÓXIMO PLASTIFICAR
971777804

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE, OUTRO IDENTIFICADOR 2627718 SSP PS
	CNPJ 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	RENDA ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
PLACAS FURNAS RCC CAG-98	DATA EMISSAO 15/01/2013 1ª VALIDACAO 29/06/2001
Nº RENOVACAO 01851265600	
 Alexandra Cesar Duarte REPRESENTANTE DA CATEGORIA	
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 17/01/2014	
Assinatura do Detentor Rodrigo Carneiro 65568356744 68027919595	
 894056231	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PRIMEIRO PLASTIFICAR
894056231

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 0032269873 1 00/00000000 2016
PR 20160000415878-0

ANA CALINA LOPES DOS SANTOS

03677317460

NPW5184/PB

MCWO PB

962NE2125PM000332

PAS/MOTOCICLETA/NO

GASOLINA

IROS/ONE 125

2011 2011

2 P/124 /C1

VERMELHA

IPVA PAGO EM

12/09/2016

***** 0

***** SEGURO P A G O

23/08/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA PB
19267

22/09/2016

16331

PB Nº 012824642442 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR
SAC DPVAT 0800 855 1204

2016 22/09/2016

1 03677317460

NPW5184/PB

00322698731 IROS/ONE 125

2011 9

962NE2125PM000332

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

P A G O

8

23/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DETRAN PB
www.governopb.com.br

15331-1621383-20160922

15331-1621383-20160922

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190251985 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIMPEZA E DEBRIDAMENTO, AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leonardo da Silva Júnior,
brasileiro(a), estado civil Casado profissão
Protético, CI RG nº 23101749,
CPF/MF nº 153.348.738-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Motorista Antonio Belarmino dos Santos, S/N
Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba, CEP: 58068-375, telefone
98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 28 de março de 2019

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Elton Pereira de Araújo, 45 - Mangabeira/Praça - CEP 58068-375 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 3222-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: LEONARDO DA SILVA JÚNIOR

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 28/03/2019 15:22:33

Rikeley Alaeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

C2019-014643JEMOL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AIISS253-20D9

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.ius.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112082/19

Número do Sinistro: 3190251985

Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

CPF: 153.348.738-30

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA