

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8243966

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3151001377
Vitima: LENILSON SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 10/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8261690

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3151001377
Vítima: LENILSON SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 10/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Lenilson Silva dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ricardo Alves do Nascimento, 115
Ipes João Pessoa PB CEP: 58028-861
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3632907
Data local do exame: [11/12/2015] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal. Ao exame físico apresenta edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Quadro tratado cirurgicamente, osteossintese com placa, parafusos e fios de Kirchner. Evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 15/11/2015.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Periciando sequelado de fratura do rádio Distal esquerdo, apresenta limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 315100137

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Nome: Denilson Silva dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3632307 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 099714914-79 /CNPJ _____, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 488,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Denilson Silva dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30.413-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Denilson Silva dos Santos 22 de Setembro de 2015 Denilson Silva dos Santos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATAS

EXTRATO

PAG: 001

AG: 0036 - CABO BRANCO

OPER: 001 CONTA: 30.413-6

PERIODO: 01/02/2015 ATE: 27/10/2015

CPF: 094.714.914-79

NOME: LENILSON SILVA DOS SANTOS

LIMITE FLUTUANTE GIM:

LIMITE CHEQUE AZUL:

VLR.BLO.JUDICIAL :

V A L O R

S A L D O

DATA MOVIO NR.DOC HISTORICO

01/10/2015 900001 DEB.JUROS

01/10/2015 000000 DEB.IOF

05/10/2015 051603 DP DIN LOT

06/10/2015 000001 CRED TED

06/10/2015 000001 CRED TED

13/10/2015 092015 DEB CESTA

2010 D
 2010 D
 2010 C
 2010 C
 2010 C
 2010 D

82.95 C
 82.96 C
 82.94 C
 82.94 C
 82.94 C
 82.94 C

SALDO EM 27/10/2015 R\$

82.94 C

F1 AJUDA

F2 EXTRATO ANTERIOR

F5 EXTRATO P.A.I. F7 VOLTAR PAG

F3 RETORNAR F4 POS.INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F8 AVANCA PAG F12 FINALIZAR

FUTURO SEG
 REGULAÇÃO DE
 SINISTROS

02 DEZ. 2015

PÁGINA: 15

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: 15/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000030413-6

Nr. da Autenticação 651EE9C1E730757C



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

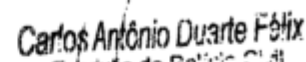
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa/PB, CEP: 58076-005

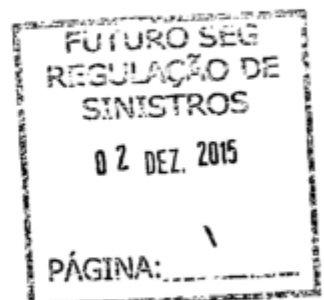
BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3684/2015

Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 15:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **LENILSON SILVA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 23 anos de idade, Porteiro, Ensino Superior incompleto, filho de Manoel Dacio dos Santos e de Maria da Glória Silva dos Santos, RG. 3.632.907-SSP/PB, residente na Rua Ricardo Alves do Nascimento, nº 115, Bairro dos Ipês, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 10/08/15, por volta das 19:00h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR125 K, cor vermelha, ano 2012, de placa OGD-0640/PB, chassi nº 9C6KE1520D0132418, de sua propriedade, pela Rua Antônio Vitorino de Sousa, Bairro dos Ipês, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do punho esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 16 de novembro de 2015.


Notificante


Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Leilson Silva dos Santos, portador da carteira de identidade nº 36.32904 e inscrito no CPF/MF sob o nº 097.714.914-79, residente e domiciliado na Rua Ruy de A. de Nascimento, 115 Jpds, Cidade João Pessoa, Estado Pernambuco, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

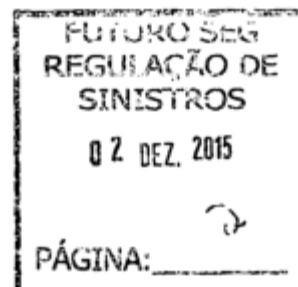
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leilson Silva dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 22 de setembro de 2015

Local e data



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151001377 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal.

Descrição do exame médico pericial: Edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa, parafusos e fios de Kirchner.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



VISTO EM: 13/10/15Comandante do BAPH
TEN CEL 521.280-4**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 09 de Outubro de 2015.

CERTIDÃO DE Ocorrência Nº. 492/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 10/08/2015, conforme requerimento nº 502/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 19h04min o/a Sr.(a) **LENILSON SILVA DOS SANTOS** RG Nº 3.632.907 SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Rua Antônio Vitorino de Sousa, Ipês, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR- 39, tendo como chefe o **SARGENTO BM Rogério Gomes Batista**, matrícula 520.037-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se deambulando, consciente e orientada, apresentando suspeita de fratura fechada no punho esquerdo. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **Elizabete** Gurjão Leôncio Pinheiro - SD BM Mat. 523.935-4, (*assinado*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

assinado
Josinete B.S dos Santos
TEN. QOADM-517240-3
Chefe da 3ª Seção

FUTURO SEU
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

02 DEZ. 2015

PÁGINA: 3

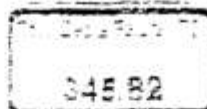
**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



$\frac{N}{n} \rightarrow S$ as $n \rightarrow \infty$.

Generato da Fatura: 12/09/2015



Category	Item	Value
Total

Subtotal

CT5503729 7154

LENILSON SILVA DOS SANTOS
R RICARDO A DO NASCIMENTO 115 CASA
IPES
58028-861 JOAO PESSOA, PB

58,07	"	65,39	"	104,05
-------	---	-------	---	--------

1. "Estatuto do Estado do Rio de Janeiro" - 1934



72 13194056 73851 43080/0762 31 3/1915

Resumo das Movimentações (em R\$)

A - Bilateral	40.97
B - Multilateral	40.97
C - Total International	81.94
D - Total Domestic	0.00 (+)
E - Total	81.94
F - Total International	81.94
G - Total Domestic	0.00 (+)
H - Total	81.94
I - Total International	81.94
J - Total Domestic	0.00 (+)
K - Total	81.94
L - Total International	81.94
M - Total Domestic	0.00 (+)
N - Total	81.94
O - Total International	81.94
P - Total Domestic	0.00 (+)
Q - Total	81.94
R - Total International	81.94
S - Total Domestic	0.00 (+)
T - Total	81.94
U - Total International	81.94
V - Total Domestic	0.00 (+)
W - Total	81.94
X - Total International	81.94
Y - Total Domestic	0.00 (+)
Z - Total	81.94

Lettres de Credit (see 55)

Table 1. *Continued*

Informações Financeiras

Energías aplicadas:	Período Actual	Max. Próx. Período	Período anual
1. Energía de la mente	10.000.000	10.000.000	10.000.000
2. Energía de la emoción	10.000.000	10.000.000	10.000.000
3. Energía de la voluntad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
4. Energía de la acción	10.000.000	10.000.000	10.000.000
5. Energía de la fe	10.000.000	10.000.000	10.000.000
6. Energía de la esperanza	10.000.000	10.000.000	10.000.000
7. Energía de la caridad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
8. Energía de la justicia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
9. Energía de la verdad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
10. Energía de la belleza	10.000.000	10.000.000	10.000.000
11. Energía de la paz	10.000.000	10.000.000	10.000.000
12. Energía de la armonía	10.000.000	10.000.000	10.000.000
13. Energía de la unidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
14. Energía de la fraternidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
15. Energía de la solidaridad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
16. Energía de la cooperación	10.000.000	10.000.000	10.000.000
17. Energía de la colaboración	10.000.000	10.000.000	10.000.000
18. Energía de la ayuda	10.000.000	10.000.000	10.000.000
19. Energía de la generosidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
20. Energía de la compasión	10.000.000	10.000.000	10.000.000
21. Energía de la misericordia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
22. Energía de la bondad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
23. Energía de la dulzura	10.000.000	10.000.000	10.000.000
24. Energía de la suavidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
25. Energía de la humildad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
26. Energía de la sencillez	10.000.000	10.000.000	10.000.000
27. Energía de la pureza	10.000.000	10.000.000	10.000.000
28. Energía de la castidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
29. Energía de la continencia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
30. Energía de la abstinencia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
31. Energía de la moderación	10.000.000	10.000.000	10.000.000
32. Energía de la templanza	10.000.000	10.000.000	10.000.000
33. Energía de la fortaleza	10.000.000	10.000.000	10.000.000
34. Energía de la valentía	10.000.000	10.000.000	10.000.000
35. Energía de la coraje	10.000.000	10.000.000	10.000.000
36. Energía de la perseverancia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
37. Energía de la constancia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
38. Energía de la paciencia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
39. Energía de la calma	10.000.000	10.000.000	10.000.000
40. Energía de la serenidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
41. Energía de la tranquilidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
42. Energía de la quietud	10.000.000	10.000.000	10.000.000
43. Energía de la serenidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
44. Energía de la armonía	10.000.000	10.000.000	10.000.000
45. Energía de la unidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
46. Energía de la fraternidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
47. Energía de la solidaridad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
48. Energía de la cooperación	10.000.000	10.000.000	10.000.000
49. Energía de la colaboración	10.000.000	10.000.000	10.000.000
50. Energía de la ayuda	10.000.000	10.000.000	10.000.000
51. Energía de la generosidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
52. Energía de la compasión	10.000.000	10.000.000	10.000.000
53. Energía de la misericordia	10.000.000	10.000.000	10.000.000
54. Energía de la bondad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
55. Energía de la dulzura	10.000.000	10.000.000	10.000.000
56. Energía de la suavidad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
57. Energía de la humildad	10.000.000	10.000.000	10.000.000
58. Energía de la sencillez	10.000.000	10.000.000	10.000.000
59. Energía de la pureza	10.000.000	10.000.000	

Costo Effetto Nota "CE" data: prossimo periodo

[illegible]

Parce qu'il n'y a pas de

1. Einleitung
2. Zielsetzung
3. Methodik
4. Ergebnisse
5. Diskussion
6. Schlussfolgerungen
7. Literaturverzeichnis
8. Anhang
9. Zusammenfassung
10. Danksagung
11. Impressum

Desconto da Anuidade

1. The number of people who are employed in the health care industry is increasing rapidly.	100%
2. The number of people who are employed in the health care industry is decreasing rapidly.	0%
3. The number of people who are employed in the health care industry is staying about the same.	0%

Seguro Proteção Premiada

• O preço PS 1,00 não você protege seu cartão, tem direito a assistência emergencial e não se preocupa com as tarifas. Consulte condições gerais no site

Page 100

... ..

Internet Banking

Para a sua segurança, recomendamos comprar a carteira todos os serviços disponíveis. Assim, você poderá armazenar em sua carteira, sem custo adicional, todos os documentos necessários para o seu negócio.

RECIBO DO PAGADOR

[illegible]

Diagnostic value for PRR

FICHA DE COMPENSAÇÃO

PÁGINA:



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Denilo de Araújo Nogueira Leite, portador(a) do

RG nº 1.929.439, expedido por SSP/PB, em

04/01/2010, CPF/CNPJ nº 021.462.164-31,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Denilson

Silva dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Spa

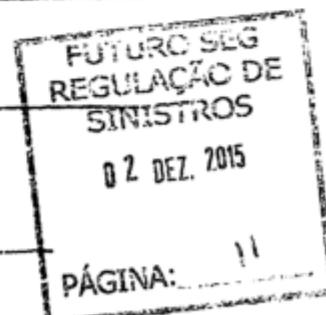
da vítima Denilson Silva dos Santos, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Administrador Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Denilo de Araújo Nogueira Leite
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AD. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58131-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1991
FAX: 83.3214-1991 CNPJ: 10.202.434/0001-16

Ficha Nr: 781118 Atcd: Mac / ...
Data: 10/08/2015
Hora: 19:37:32
Recepcionista: CLAUDENICE GALVAO DA S
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.08.000787

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3632907 Fone: 993068586

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/11/1991 Id: 23 ano(s)

End.: RUA JEZIEL GONZAGA DE BARROS, S/N PAI 9/1370996

Bairro: BAIRRO DOS IPES Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Paiz: MARCEL DACIO DOS SANTOS

Mae: MARIA DA GLORIA SILVA DOS SANTOS

Ocupação: ESTUDANTE

FORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTACAO SD

Procedencia: BAIRRO BAIRRO DOS IPES



Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO AS 18:30

Vitima de violência por: SUPERIOR CURSANDO

[] Caso Policial

PPE-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
Temperatura:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Corr. Acd:	O2t:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vômito	

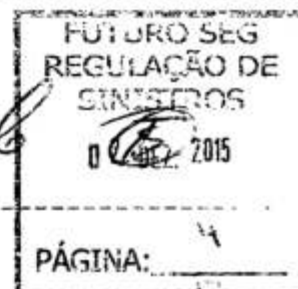
Doença Principal

Ocupacao

*Apesar de que a morte não ocorreu
em Anápolis RJ, qual*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico):

*Apesar de que a morte não ocorreu
em Anápolis RJ, qual*



Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

sem mais



CERTIDÃO

Nº. 2277/2015

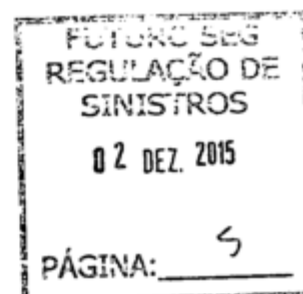
Atendendo solicitação de LENILSON SILVA DOS SANTOS de acordo com buscas feitas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 781118 e Prontuário Nº 2015.08.000787 pertencentes ao requerente que foi atendido na Unidade de Emergência do Ortotrauma no dia 08/08/2015 às 19h57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 27/08/2015. Alta dia 29/08/2015.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Setembro de 2015

Christine Maria Batista de Brito Lyra
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L
A
C
R
E
0
0
3
8
3
9
9
0
8
8
4

DETRAN - PB Nº 011755543306
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 20150000034641-8 EXERCÍCIO 2014

NOME
LENILSON SILVA DOS SANTOS

09471491479

OGD0640/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C6KE1520D0132418

ESPECIE TIPO AS / MOTOCICLE / NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO ATOMAR / TIGER 150

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. POT. / CL 2 P/124 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR / PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 02/02/2015

VENC. COTAS 1º

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 30/09/2014

OBSERVAÇÕES
A.F BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA - PB

15121

DATA 02/02/2015

15243

PB Nº 011755543306 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 02/02/2015

VIA 1 09471491479

PLACA OGD0640/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB. 2012

CL. TARG. 9

9C6KE1520D0132418

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DENTAL (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

5

PAGAMENTO

30/09/2014

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15245-1207533-20150202

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

02 DEZ. 2015

PÁGINA:



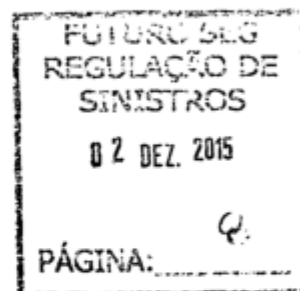
DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE BANCÁRIA

Eu, Lenilson Silva dos Santos,
Portador do RG: 36.32.907 e
CPF: 094.714.914-79, declaro para os devidos fins que possuo
Conta no Banco Caixa, Ag: 0036,
Conta: 30.413-6, e que utilizo a mesma regularmente.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 22 de setembro de 2015.

REQUERENTE: Lenilson Silva dos Santos





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kenilson Silva da Silva
DATA DO ACIDENTE Jul 08/15 CPF DA VÍTIMA 094.714.914-79

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Ricardo A. do Nascimento

Nº 115 COMPLEMENTO BAIRRO Ipê

CIDADE João Pessoa PB CEP

E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEMPENHO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Lenilson Silva dos Santos

nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil:

Profissão: Proprietário

Identidade: 3632907 CPF: 094.714.914-79

Endereço: Rua Ricardo Alves do Nascimento, N.º 115,
IPÊS, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58028-861

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado

Profissão: Administrador

Identidade: 19.294.39 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro**
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 09 de Novembro de 2015.



Lenilson Silva dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tamborizinho - João Pessoa - Paraíba
F: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (LENILSON
SILVA DOS SANTOS(95656)). O referido é verdade, dou fé
em 11/11/2015. Vlr R\$8,60, Fepi R\$0,23, Farpen R\$0,23,
ISS R\$0,39

Operador: SAMILY, Selo Digital: ACJ48672-HGBU - Consulte

a autenticidade em <https://portal.digital.ass.br>

Arquivo Cartório: 01/11/2015 de 11h00 - 11h00
Termos Consolidação dos Santos - Escrevente

