

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2016

Carta nº: 8958259

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

**Sinistro:** 3160232935 ASL-0838269/16  
**Vítima:** ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
**Data Acidente:** 31/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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](http://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](http://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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAMENTO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2016

Carta nº: 8959634

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3160232935 ASL-0838269/16  
Vitima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data Acidente: 31/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegál-vel
- Comprovante de residência ilegál-vel

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAMENTO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2016

Carta nº: 9206286

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3160232935 ASL-0838269/16  
Vitima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data Acidente: 31/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2016

Carta nº: 9454384

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3160232935 ASL-0838269/16  
Vítima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data Acidente: 31/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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](http://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**



---

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9576824

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3160232935 ASL-0838269/16  
Vítima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data Acidente: 31/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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](http://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**





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2016

Carta nº: 9668865

A/C: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Sinistro: 3160232935 ASL-0838269/16  
Vitima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data Acidente: 31/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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.

EU, ELIELSON DA SILVA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.991.974EXPEDIDO POR SSP/09EM 14/09/11CPF 313.314.044-01 (CNPJ)PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 108,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSODO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIELSON DA SILVA PEREIRA 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAR, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, LOMER ou LTB, normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal.
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT:
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em protesto.
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECFAT FENRFP [www.recfat.fazenda.gov.br](http://www.recfat.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISO DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**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 magnético com informações de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresarial ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodostransito.com.br](http://www.dpvatsegurodostransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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) 2.221 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 012.0002/222

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.

D. de Santana 11 de MARÇO de 2011  
LOCAL E DATA

Elilson da Silva Pereira  
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.dpvatsegurodostransito.com.br](http://www.dpvatsegurodostransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



6277 8011 732 8170 - 21 013 00021538-75





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENC



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.

EU, ELIELSON DA SILVA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.991.974EXPEDIDO POR SSP/PAEM 14/09/13CPF 11333464401 (CNPJ)PROFISSÃO advogadoE RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 415/2012, 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 aparecem 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 Lotéricas 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 da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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) 3221Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00021233-3

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.

B. de Gustavo/PA de MAIO

LOCAL E DATA

de 2013Elilson da Silva Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários 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 previsto na lei 11.945/2005) 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

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.

EU, ELIELSON DA SILVA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.991.974

EXPEDIDO POR

SSP/PBEM 14/09/11CPF 41831409401 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 923,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIELSON DA S. PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( ) A Circular Suspe nº 445/2011, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado reg. autor, 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 Funcionário;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://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.

**IMPORTANTES:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, 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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2221Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00021233-3

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.

B. de G. SANTANA, 22 de JUNHO de 2016

LOCAL E DATA

Elilson da Silva Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvatseguroctransito.com.br](http://www.dpvatseguroctransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ELIELSON DA SILVA PEREIRA - 8 - 8/21/21 - 00021233-3



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83 3300-9300



### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005551/16 registrada em 10/03/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de março do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente o Bel. KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:02 horas, compareceu o Sr. ELIELSON DA SILVA PEREIRA, com 20 anos de idade, filho de FRANCINALDO BARBOSA PEREIRA e EDILZA DA SILVA PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.991.974, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11331404401, residindo à rua DISTRITO DE MORORÓ, S/N, bairro ÁRFA RURAL, na cidade de BARRA DE SANTANA - PB.

#### Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 16h30min do dia 31.10.2015, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Jucá, área rural de Alcantil/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 EDS MI, ano/modelo 2009/2009, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1G309R013548, de placa LTP-2775, licenciada em nome de Joacir de Sousa Silva, quando o pneu dianteiro da moto estourou e o declarante acabou perdendo o controle de direção, chocando-se com um muro, sofrendo ferimentos graves na cabeça, ficando desacordado, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. Informa ainda que os Policiais Militares do BPTTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo estava bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 10 de Março de 2016

Elilson da Silva Pereira  
ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Declarante

João Alberto do Nascimento  
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

RECEBUEMOS - 2016 MAR 10 - 16h30min - 005551/16

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELIELSON DA SILVA PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 3.991.974, e inscrito no CPF/ME sob o nº 443.314.844.01, residente e domiciliado na LOC. 3151 MONROD - SIN, Cidade BARRA DE SANTANA, Estado PARAIBA, 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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícia 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 artigo 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, sob o discurso do seu conteúdo.

Elilson da Silva Pereira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Barra de Santana - PB, 16.03.14

local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT - P - 29/03/16 10:57 - 00002849





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIELSON DA SILVA PEREIRA

RG nº 3.991.944, data de expedição 14/09/44, Órgão SSP/PB,

CPF nº 313.314.844-01, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>LOC. DIST. NOVO RO</u>         |
| Número                            | <u>S/N</u>                        |
| Apto / Complemento                | <u>-</u>                          |
| Bairro                            | <u>ÁREA RURAL</u>                 |
| Cidade                            | <u>BARVA DE SANTANA</u>           |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>                    |
| CEP                               |                                   |
| Telefone de Contato               | <u>(081) 8897.9170: 3346:3020</u> |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BARVA DE SANTANA PB, 16.03.16

Assinatura do Declarante: Elieleson da Silva Pereira

Chlorophyll *a* and *b* were determined using a Shimadzu 1010 UV-Vis Spectrophotometer (Shimadzu Scientific Instruments, Columbia, MD, USA) at 663 and 646 nm, respectively. Chlorophyll *a* and *b* concentrations were calculated using the following equations (Arar and Collins 1997):

[illegible]

**Canal de contatos**

27/01/2015

### Cálculo de consultas

**Experiments:**

Consumes 0.25

| Anterior<br>Lateral | Actual<br>Lateral |
|---------------------|-------------------|
|---------------------|-------------------|

**Dependability**

Present

विद्युत् प्रवाह

111

1.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 2.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 3.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 4.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 5.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 6.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 7.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 8.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 9.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$   
 10.  $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

### Histórico de Consumo (kWh)

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

የጋራ ልማት ስራዎች ላይ ማሳተፍ

**VENCIMENTO**  
**07/01/2016**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 42,55**

### Indicadores de Qualidade

|               | Límite da ANEEL | Aprovado | Límite de Tensão (V) |
|---------------|-----------------|----------|----------------------|
| Tensão Média  | 200 V           | 200 V    | 200 V                |
| Tensão Máxima | 250 V           | 250 V    | 250 V                |
| Tensão Mínima | 180 V           | 180 V    | 180 V                |

| Classification     | Value (\$) | %      |
|--------------------|------------|--------|
| Operating expenses | 100.00     | 100.00 |
| Depreciation       | 10.00      | 10.00  |
| Interest           | 10.00      | 10.00  |
| Taxes              | 10.00      | 10.00  |
| Profit             | 10.00      | 10.00  |
| Total              | 100.00     | 100.00 |

### ATENÇÃO

[illegible]
$$F_{\text{eff}} = \frac{F}{1 + \frac{1}{2} \frac{F}{F_{\text{eff}}}}$$

**VENCIMENTO**  
**07/01/2016**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 42.55**

8367000000-0 42550054000-9 10714712015-1 128027000-9-2







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIELSON SILVA PEREIRA

RG nº 3.991.974, data de expedição 19/09/11, Órgão SSP/PB,

CPF nº 143.314.044.01 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<br>(Rua/Avenida/Prça) | <u>LOC Dist. MOREIRO</u>            |
| Número                           | <u>SIM</u>                          |
| Aplo / Complemento               | <u>-</u>                            |
| Bairro                           | <u>AREA RURAL</u>                   |
| Cidade                           | <u>PARAIBA DE SANTANA</u>           |
| Estado                           | <u>PARAIBA</u>                      |
| CEP                              |                                     |
| Telefone de Contato              | <u>(083) 98893.9170 - 3339-5355</u> |
| E-mail                           |                                     |

DECLARAÇÃO LÍDER DE PMT 16 - SAO CARLOS - 10004241

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAIBA DE SANTANA - PB, 12.05.16

Assinatura do Declarante: Elilson da Silva Pereira

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 R. 230, Km 25 - Centro Rodoviário - João Pinheiro / PR - CEP 55611-430  
 CNPJ 09.095.783/0001-42 Insc. Est. 19.013.823-0

Nº 231 251 751

## DADOS DO CLIENTE

FRANCINALDO BARBOSA PEREIRA  
 LOC USIMORORO S/N  
 BARRA DE SANTANA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1071471-5

## REFERÊNCIA

ABR/2016

## APRESENTAÇÃO

28/04/2016

## CONSUMO

79

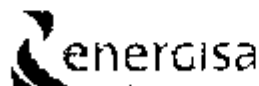
## VENCIMENTO

05/05/2016

## TOTAL A PAGAR

R\$ 36,38

Assinatura do consumidor



FRANCINALDO BARBOSA PEREIRA

Roteiro: 17-270-513-6680

8387000000-0 36390054000-9 10714712016-9 04102700019-5

## VENCIMENTO

05/05/2016

## TOTAL A PAGAR

R\$ 36,38

## MATRÍCULA

1071471-2016-04-1



SEGURO LIDER DEUT 16 30/05/2016 14:00 - 0004427

Florianópolis



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOACIR DE SOUSA SILVA

RG nº 3.894.318, data de expedição 11/12/13,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 018.138.824-36, com

domicílio na cidade de MORORÓ - PB, no Estado de

PARAJIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada);

Sítio MORORÓ DE PAIXO, nº S/N

complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ELIELSON DA SILVA PEREIRA cujo o condutor era;

ELIELSON DA SILVA PEREIRA.

Veículo: HONDA/CG 150 EDS MI.

Modelo: 2009

Ano: 2009

Placa: UTP.2775

Chassi: 9C2KC16309R013548

Data do Acidente: 31.10.15

Local e Data: BARRA DE SANTANA - PB, 14.03.16

Joacir de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante

Elilson da Silva Pereira  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

## SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO

Cartório - Demóstenes Belo Barbosa

CNPJ: 05.207.051/0001-02

Rua M<sup>a</sup>. Francisca da Conceição, S/N

Vila de Mororó - 58458-000

BARRA DE SANTANA-PB.

Reconheço verdadeira( ) a(s) firma(s)

de Jr. Joacir de Sousa

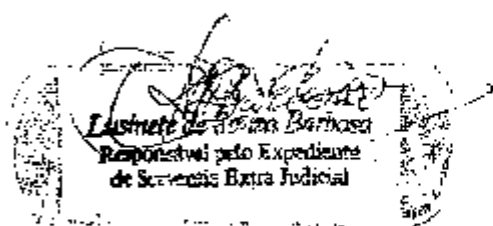
Serviço Público

Assinatura

Vila Mororó, 14 de março de 2016

Em testemunho - Assinatura da verdade

Selo: ACC 90295-84XX



Firma reconhecida  
1º Ofício de C. Granda,  
Baqueirão, Queimadas  
e B. de Santana





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

|                                       |                                                                    |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Elilson da Silva Pereira</u> |                                                                    |
| End: <u>R: Sítio Raposo</u>           | Bairro: <u>Alcântara - PB</u>                                      |
| Data de Nascimento: <u>14/09/1995</u> | Documento de Identificação:                                        |
| Quarta: <u>A Coleto</u>               | Data do Atendimento: <u>31/03/15</u> Hora: <u>16:41</u> Documento: |

### Classificação de Risco

|                                                      |                                                  |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo  | Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória:                             | Frequência cardíaca:                             |
| Pressão arterial:                                    | Temperatura axilar:                              |
| Dosagem de HGT:                                      | Mucosas: ( ) Normócorada ( ) Pálida              |
| Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama |                                                  |

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Dr. Sérgio Morgado de Albuquerque  
ENFERMEIRA  
CORBIO PB - 13.558

Assinatura e carimbo do profissional

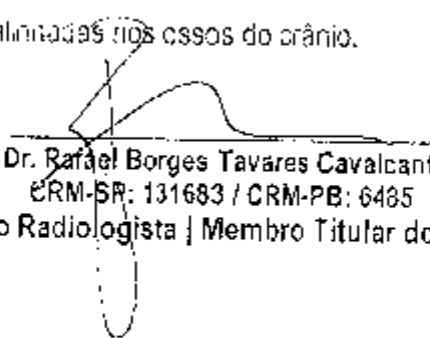
Paciente: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
Data do Exame: 31/10/2015  
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

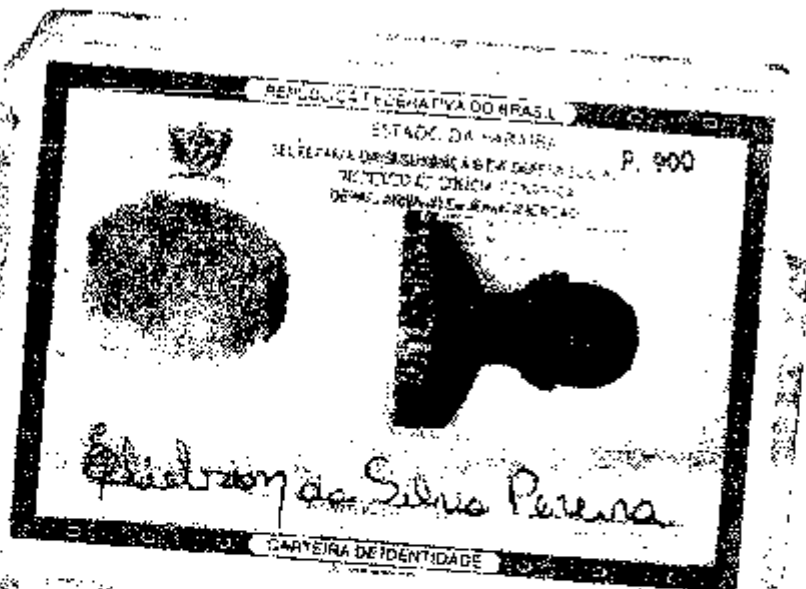
Indicação: TCE

Análise:

- Hematoma subgaleal na região frontal esquerda.
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação preservadas.
- Sistema ventricular com morfologia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto analômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de coleções extra-axiais, de calcificações patológicas ou de lesões hemorrágicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Ausência de fraturas desalinhadas nos ossos do crânio.

  
Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA  
31/10/2015 - 14:23 - 000336055



|                                      |                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                                                                 |
| IDENTIDADE<br>GERAL                  | 3.991.974                                                       |
| DATA DE<br>EXPEDIÇÃO                 | 14/09/2011                                                      |
| NOME                                 | ELIELSON DA SILVA PEREIRA                                       |
| RELACÃO                              | FRANCINALDO BARBOSA PEREIRA<br>EDILZA DA SILVA PEREIRA          |
| NATURALIDADE                         | CAMPINA GRANDE-PB                                               |
| DATA DE NASCIMENTO                   | 14/09/1995                                                      |
| QUOTIDIANE                           | NASC. N. 5152 VLS. 562 LIV. A8<br>CARTÓRIO BARRA SANT' ANA - PB |
| ASSINATURA DO DIRETOR                |                                                                 |
| LEI Nº 7.16 DE 29/08/88              |                                                                 |

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**113.314.044-01**

Nome  
**ELIELSON DA SILVA PEREIRA**

Nascimento  
**14/09/1995**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 011754687002  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

|                  |            |              |            |               |            |
|------------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
| PLACA            | 001909     | ANEXO        | 00000000   | EXERCICIO     | 2013       |
| TIPO             | 1          | CLASSI       | 3          | COMBUSTIVEL   | ALCOOL     |
| FAVORABILIDADE   | 1          | ANO FAB      | 2011       | ANO MOD       | 2012       |
| CAPACIDADE       | 1.49       | CATEGORIA    | 2          | COMPRIMENTO   | 4.10       |
| DATA UNICA       | 17/04/2013 | DATA UNICA   | 17/04/2013 | VENO DO PRE   | 1          |
| PARCELAMENTO     | 2          | PARCELAMENTO | 2          | DATA DE PAGAR | 17/04/2013 |
| PREMIO TARIFARIO | 10.00      | PREMIO TOTAL | 10.00      | DATA DE PAGAR | 17/04/2013 |
| COM RESERVA      | 1          | COM RESERVA  | 1          | COM RESERVA   | 1          |

SEGURO OBRIGATORIO DE DANO PESSOAIS CAUSADOS POR AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APELO TRANSPORTADAS DE NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 011754687002 BILHETE DE SEGURO



ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES LEIA NO VERSO AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

|                  |            |              |            |               |            |
|------------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
| PLACA            | 001909     | ANEXO        | 00000000   | EXERCICIO     | 2013       |
| TIPO             | 1          | CLASSI       | 3          | COMBUSTIVEL   | ALCOOL     |
| FAVORABILIDADE   | 1          | ANO FAB      | 2011       | ANO MOD       | 2012       |
| CAPACIDADE       | 1.49       | CATEGORIA    | 2          | COMPRIMENTO   | 4.10       |
| DATA UNICA       | 17/04/2013 | DATA UNICA   | 17/04/2013 | VENO DO PRE   | 1          |
| PARCELAMENTO     | 2          | PARCELAMENTO | 2          | DATA DE PAGAR | 17/04/2013 |
| PREMIO TARIFARIO | 10.00      | PREMIO TOTAL | 10.00      | DATA DE PAGAR | 17/04/2013 |
| COM RESERVA      | 1          | COM RESERVA  | 1          | COM RESERVA   | 1          |

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.605/0001-04  
www.seguradoralider.com.br



Apresenta 5 dedos 5 silva



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SEGURANCA DA PARAIBA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO  
P-234

|                     |                             |            |
|---------------------|-----------------------------|------------|
| VALIA EM R\$ 000,00 | DATA DE                     | 19/12/2013 |
| 3.894.818           | 20 VILACORONIA              |            |
| NOME                | JOACIR DE SOUSA SILVA       |            |
| LOCAL               | JOSÉ DA SOUSA SILVA         |            |
|                     | MARGARIDA HELENA DA SILVA   |            |
| NATURALIDADE        | BOQUEIRÃO-PB                |            |
| DATA DE NASCIMENTO  | 28/05/1994                  |            |
| NASC                | N.17.353 ELS.274.V LIV 17.A |            |
| CPF                 | CARTORIO BOQUEIRÃO-PB       |            |
|                     | 918.138.824-36              |            |



Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

Titular do CPF: ELIELSON DA SILVA PEREIRA

Comprovante de residência



4022

**Exemple 5**

**Documentação recebida sem conferência.**

CPF: 141.846.547-03

Laura Rojas Barreto Pereira

JOSE DE SOUSA SILVA  
SITIO RORCO DE BOM. SAN. AREA RURAL  
BARRA DE SAO JOAO CEP 55600-000 (RJ) 108

Classificação: RURAL / RURA RESIDENCIAL MONOFASICO  
Número 1 (44) 565.5282 Referência: Fev/2016  
MP medidor: 0000055073 Emissão: 29/02/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 200, Km 25, Centro Federal, Jussara, Paraná - CEP 83071-000  
CNPJ 08.066.103/0001-40, Ins. Est. 14716.923-0

Instalação de Energia Elétrica N° 01.225.960  
Código para Dúvida Autenticação: 00007041813

Atendimento ao Cliente: 0800-083 0196 ou e-mail: atendimento@energisa.com.br

Conta referente a

06 (Urbano Consumidor): 57/06196-6

Fev/2016

Canal de contato

- Redução de valor da bandeira vermelha para o consumo 1, R\$ 3,00  
a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

Apresenta

28/02/2016

Próxima data  
próxima data

29/03/2016

Consumo

4830550404

100 Est

1-100's em 100's

PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 200, Km 25, Centro Federal, Jussara, Paraná - CEP 83071-000  
CNPJ 08.066.103/0001-40, Ins. Est. 14716.923-0

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|-------|-----------|---------|------|
| Data     | Letra | Data      | Letra   |      |
| 27/01/16 | B743  | 28/02/16  | B085    |      |
|          |       |           | 82      | 30   |

Demonstrativo

| Descrição       | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|-----------------|------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh  | 82         | 0,26272 | 21,54       |
| Acio B Vermelha |            |         | 1,26        |
| Suspiro         |            |         | 0,74        |
| PS              |            |         | 0,37        |
| CONSUMO         |            |         | 1,71        |

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| TAXA MANUT. LUX PÚBLICA | 2,30  |
| Devolução Substituição  | -8,74 |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|        |    |
|--------|----|
| Jan/16 | 63 |
| Dez/15 | 70 |
| Nov/15 | 87 |
| Out/15 | 61 |
| Set/15 | 60 |
| Ago/15 | 51 |
| Jul/15 | 48 |
| Jun/15 | 00 |
| Mai/15 | 06 |
| Abr/15 | 08 |
| Mar/15 | 08 |
| Fev/15 | 09 |

|        | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR (R\$) |
|--------|-----------------|----------|-------------|
| ICMS   | 0,00            | 0,00     | 0,00        |
| IS     | 26,88           | 1,37%    | 0,37        |
| COFINS | 26,88           | 0,00%    | 1,72        |

Média dos últimos 12 meses  
80 kWh

04/03/2016 R\$ 24,52

8325.b2b3 c0bf.3152.c83d.ae1d.9af9.576d.

Indicadores de Qualidade 12/05/16 - Boqueirão

|              | Limites da ANEEL | Apurado | Unidade de Tensão (V) | Distorção | Valor (R\$) | %      |
|--------------|------------------|---------|-----------------------|-----------|-------------|--------|
| DIMENSIONAL  | 11,50            | 0,00    | NOMINAL               | 220       | 8,97        | 26,18  |
| DIFERENCIAL  | 72,80            |         |                       |           | 14,26       | 45,01  |
| DIFERENCIAL  | 43,90            |         |                       |           | 9,70        | 2,24   |
| FE FENOMENAL | 7,70             | 0,00    | CONSTATADA            | 207       | 2,24        | 5,83   |
| FE FENOMENAL | 16,49            |         | LIMITE INFERIOR       | 231       | 4,40        | 14,03  |
| FE FENOMENAL | 30,98            |         | LIMITE SUPERIOR       |           | 0,00        | 0,00   |
| FE FENOMENAL | 8,28             | 3,00    |                       |           |             |        |
| FE FENOMENAL | 18,50            |         |                       |           |             |        |
| TOTAL        |                  |         |                       |           | 31,28       | 100,00 |

Visto da EUSU (Ref. 12/2016) RJ: 19/8

SEMPRE COM O MELHOR PREÇO - 29/03/16 10:37 - 00028916

REMETENTE - ELIELSON DA SILVA PEREIRA.  
R. LOC. DIST. MORRO - S/N  
AREA-RURAL. BARRA DE SANTANA - PB.  
CEP: 58459-000

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0838269/16  
Vítima: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
CPF: 113.314.044-01

CPF de: Próprio

Data de: 31/10/2015  
Titular do CPF: ELIELSON DA SILVA PEREIRA



### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro  
Outros

ELIELSON DA SILVA PEREIRA : 113.314.044-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 06/06/2016  
Nome: ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
CPF : 113.314.044-01

ELIELSON DA SILVA PEREIRA

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/06/2016  
Nome: Laura Rojas Barreto Pereira  
CPF: 141.846.547-03

Laura Rojas Barreto Pereira



Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

maio

ACESSIBILIDADE

Nova Consulta

-  [Acessibilidade.aspx](#)
-  [Atalhos-Como Pedir Indenização](#)
- [Teclado.aspx](#)
- [Documentos Despesas Médicas](#)
- [Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#)
- [Documentos Invalidez Permanente](#)
- [Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#)
- [Documento Morte](#)
- [Documentacao-Morte.aspx](#)
- [Dicas Indispensáveis](#)
- [Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)

PAGUE SEGURO

Todos os documentos apresentados não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3160232935 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
 COBERTURA Invalidez  
 SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO  
 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO  
 BENEFICIÁRIO ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
 CPF/CNPJ: 11331404401

Posição em 05-05-2016 10:23:32

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|-----------|------|--------|------|
|-----------|------|--------|------|

|                                                                                                             |              |              |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------|
|  Autorização de pagamento  | Beneficiário | Não Conforme | ELIELSON DA SILVA PEREIRA |
|  Comprovante de residência | Beneficiário | Não Conforme | ELIELSON DA SILVA PEREIRA |

Como Pagar  
 (/Pages/Pague-Seguro.aspx)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados  
 (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
 Informações Gerais  
 (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.  
 (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

SEGURADORA LIDER DPVAT 16/05/2016 14:50 - 0004479

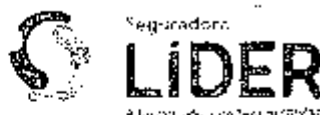
Remetente: ELIELSON SILVA PEREIRA

R. LOC DIT. MORERO - S/N

ARCA NOVA L. OUREA DE SANTANA - PB.

CEP:





(1)


[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A O

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)

[\(/Pages/Atalhos-Como-Pedir-Indenizacao-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-Como-Pedir-Indenizacao-de-Teclado.aspx)
[Teclado.aspx\)](#)

Documentos Despesas

Médicas

[\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

[\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte

-Invalidez-

[\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

[\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Dicas Indispensáveis

[\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-

Pedir-a-

Indenizacao.aspx)

### PAGUE SEGURO

Como Pagar

[\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3160232935 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIELSON DA SILVA PEREIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO ELIELSON DA SILVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 11331404401

Posição em 21-06-2016 07:35:51

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|-----------|------|--------|------|
|-----------|------|--------|------|

SEGURADORA LÍDER DPVAT - 8 - 01/07/16 15:22 - 00002935

|                                             |              |                 |                                 |
|---------------------------------------------|--------------|-----------------|---------------------------------|
| <b>IE</b><br>Autorização<br>de<br>pagamento | Beneficiário | Não<br>Conforme | ELIELSON<br>DA SILVA<br>PEREIRA |
|---------------------------------------------|--------------|-----------------|---------------------------------|

Consulta a Pagamentos  
Efetuados  
(/Pages/Consulta-a-  
Pagamentos-  
Efetuados.aspx)  
Informações Gerais  
(/Pages/Informacoes-  
Gerais-Sobre-o-  
Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber  
sobre o andamento do  
seu pedido de  
indenização.  
(/Pages/Acompanhe-o-  
Processo-de-  
Indenizacao.aspx)

SEGURADORA LIDER DPVAT - 8 - 01/07/16 15:22 - 00000156

RESMATELLE, ELIELSON DA SILVA PEREIRA  
R. Distrito de Mourão - S/N  
Área rural  
BARRO DE SANTANA - PB  
Cep: 58.418.000

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160232935 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIELSON DA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 31/10/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/08/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160232935 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIELSON DA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 31/10/2015 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO. TOMOGRAFIA NÃO EVIDENCIOU LESÕES ENCEFÁLICAS OU FRATURAS.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE CEFALÉIA PERSISTENTE, VERTIGEM, DEFICIT AUDITIVO COM ZUMBIDOS NO OUVIDO ESQUERDO, AGEUSIA E ANOSMIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 31/08/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA APRESENTA LAUDO DE AUDIOMETRIA DO DIA 20/06/2016 REVELANDO PERDA AUDITIVA NEURO SENSORIAL LEVE À ESQUERDA E SEVERA À DIREITA, QUE CONTRADIZ ÀS QUEIXAS DA VÍTIMA. HÁ UM LAUDO DO NEUROLOGISTA EM 30/05/2016 QUE FAZ REFERÊNCIA ÀS QUEIXAS DE CEFALÉIA, AGEUSIA E ANOSMIA E USO DE GARDENAL. SEGUNDO A VÍTIMA NÃO FAZ MAIS USO DE GARDENAL E NÃO APRESENTOU CONVULSÕES. NÃO HÁ COMO ESTABELECEER QUALQUER NEXO CAUSAL ENTRE AS QUEIXAS REFERIDAS PELA VÍTIMA E O ACIDENTE EM PAUTA.

**Médico examinador:** João Fernandes de Souza

**CRM do médico:** 2732

**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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIELSON DA SILVA PEREIRA** Sinistro: **3160232935** Data: **31/10/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOC DIST MORORO, SN - AREA RURAL - Barra de Santana - PB - CEP 58458-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3991947**

Data local do exame: [ **31/08/2016** ] **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) **TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO. TOMOGRAFIA NÃO EVIDENCIOU LESÕES ENCEFÁLICAS OU FRATURAS. VÍTIMA REFERE CEFALÉIA PERSISTENTE, VERTIGEM, DEFICIT AUDITIVO COM ZUMBIDOS NO OUVIDO ESQUERDO, AGEUSIA E ANOSMIA.**

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. **TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] 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.

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

( **X** ) "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):

% 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

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.

**VÍTIMA APRESENTA LAUDO DE AUDIOMETRIA DO DIA 20/06/2016 REVELANDO PERDA AUDITIVA NEURO SENSORIAL LEVE À ESQUERDA E SEVERA À DIREITA, QUE CONTRADIZ ÀS QUEIXAS DA VÍTIMA. HÁ UM LAUDO DO NEUROLOGISTA EM 30/05/2016 QUE FAZ REFERÊNCIA ÀS QUEIXAS DE CEFALÉIA, AGEUSIA E ANOSMIA E USO DE GARDENAL. SEGUNDO A VÍTIMA NÃO FAZ MAIS USO DE GARDENAL E NÃO APRESENTOU CONVULSÕES. NÃO HÁ COMO ESTABELECEER QUALQUER NEXO CAUSAL ENTRE AS QUEIXAS REFERIDAS PELA VÍTIMA E O ACIDENTE EM PAUTA.**



João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB