

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180554414

Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554414**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13649233



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

056.739.554-56

Dezenino Carlos dos S. Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Dezenino Carlos dos S. Silva		CPF titular da conta 056.739.554-56		Profissão Auxiliar de Expe.	
Endereço R. Bandeira Lins		Número 57		Complemento	
Bairro Bangua Nova	Cidade Santa Rita	Estado Pb		CEP 58300000	
Email				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
1914

D/V

CONTA

NRO.  
00135101

D/V

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

Local e Data

+ Dezenino Carlos dos S. Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02208.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02208.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:35 horas do dia 14 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Carlos dos Santos Silva**, CPF nº 056.739.554-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Expedição, filho(a) de Josilene dos Santos Silva e Marcos Antonio da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 29/11/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Bandeira Lins, Nº 57, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Bar de Brizola, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6702.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua da Mangueira, De Frente Ao Psf, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

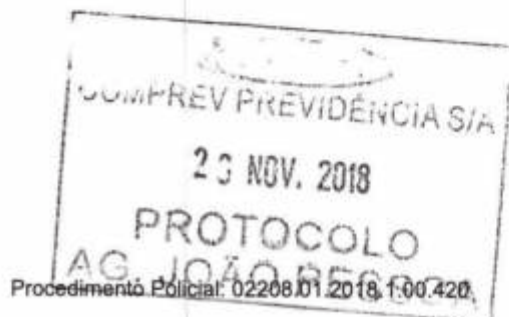
Que conduzia o CICLOMOTOR SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, 2013/2014, PLACA QFY3128/PB, CHASSI LXYXCBL07E0517007, registrada em nome de Luiz Carlos de Souza, quando colidiu na lateral direita de um CARRO SANDERO, VERMELHO, OFZ0607/PB, o qual transitava no sentido oposto e repentinamente a condutora fez uma manobra para estacionar no PSF, interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1407/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 11.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA  
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Dezerina Carlos dos S. Silva

CPF da Vítima

056.739.554-56

Data do Acidente

08/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Local e Data

Dezerina Carlos dos S. Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

5306-6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 134936

Atd: Nao Regula

Data: 08/06/2018

Hora: 08:29:19

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2673563 Fone: 986018794

Num. Prontuario: 2018.06.000975

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 29/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: RUA DOUTOR BANDEIRA LINS, 57

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: JOSILENE DOS SANTOS SILVA

Pai: MARCOS ANTONIO DOS SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANA PAULA ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RUA

T. Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO EM VAZEA NOVA

Vitima de violência por: COND

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, COM CORTE  
CON O E TRAUMA EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular

[ ] Vomito

Observacao

23 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de acidente de  
Moto e trauma em tornozelo D e de  
membros e ferimento local

Diagnostico

| Conduta

Exames Expostos do Tornozelo

Prescrição

| Horário da medicação

Sol cc de urgência

Dr. Heider Romem L. Nóbrega  
Ortopedia/Traumatologia

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Assinatura da Enfermagem  
-----

-----  
Reservado p/ liberaçao

PREV PREVIDENCIA S/A

23 NOV. 2018

-----  
PROCEDIMENTO REALIZADO  
-----

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

-----  
DESTINO DO PACIENTE  
-----

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

-----  
*Ana Paula D Silva*  
-----

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----

# 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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000135101-3

---

Nr. da Autenticação A068592F4AF5A3E9



Emissao: 14/11/2019 Referencia: Nov/2019  
 Classe/Suporte: RES:GENRAL/ BAKA:RENCA  
 Rotativo: B-S-870-4080 Nº medidor: 1



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 25 - Criciúma Recreio - João Pessoa/PB - CEP 53071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.496.709  
Cód. para Débito Automático: 00001577014

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	14/11/2018	13/12/2018	060.567.194-80 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/157701-4

### Canal de contato

+ Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
16/10/16	1547	16/11/16	1528				110		22
<b>Demonstrativo</b>									
CGI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. Icms(R\$)	Base Calc. Ic(R\$)	Fco(R\$)	Cofins(R\$)	
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pct.Cofins(R\$) (2,9440%) (5,3410%)			
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,264540	8,93	8,93	27	2,30	5,63	0,08
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,467600	34,14	34,14	27	9,23	34,14	0,32
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,731700	7,31	7,31	27	1,97	7,31	0,07
0601	Adic. B. Verdeja			2,28	2,28	27	0,61	2,28	0,02
0601	Adic. B. Amarela			0,42	0,42	27	0,11	0,42	0,00
0610	Subsídio			45,13	45,13	27	12,16	45,13	0,43
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>									
0607	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE REELICAÇÃO NORMAL 11/2016			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 09/2016			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 09/2016			1,55	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0606	MULTA 10/2016			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0609	PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12			18,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016			1,92	0,00	0	0,00	1,92	0,00
0606	Devolução Subsídio			-30,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item	TOTAL	109,77	97,91	26,40	97,91	0,92	4,25
Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>					
126	<b>22/11/2018</b>	<b>R\$ 109,77</b>					
	Histórico de Consumo (kWh)						

202	115	112	146	120	136	120	115	120	112	108	105
Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18

4cbc.cfb2.23ba.983e.98eb.1dcc.7d1d.6c87

Indicadores de Qualidade		9/2018 - Santa Rita		Comparativo	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)
DIG MENSAL	8.55	0.00	NOMINAL	220	
DIG TRIMESTRAL	17.10				
DIG ANUAL	25.65	0.00	CONTRATADO	220	
DIG SEMESTRAL	17.10				
FCANAL	0.00	0.00			
DMC					
OCR	72.35				
<b>Total</b>					<b>109.77</b>
					<b>100.00</b>

Valor em Euro (R\$) 4/2018 R\$ 16.25

## ATENÇÃO

- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado.  
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,58

### Faturas em atraso

**2. Energy PARALLEL**

Roteiro: 8-9-870-4080

Matricule: 157701-2016-11-1

83620000001-3 09770054000-4 01577012018-4 11100009019-6





Received: 22/10/2019; Accepted: 10/01/2020

2007年12月15日，中国疾病预防控制中心发布《2007年中国疾病预防控制中心周报》。

88270-114 Parkside Drive, Suite 200, Dallas, TX 75244, USA

2015年12月15日 星期二 12:15:00

Call now 018 450 0000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPI/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	910.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

### Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Lettura	Data	Lettura			
2008-07-01	0040	2008-07-01	0040			0
Demonstrativo						
00	Descrição	Quotidade	Tarifa	Valor	Saldo Ant.	Saldo Pós
		Tributos Totais (CMOR) ICMS			Saldo Ant. (07/24/2008-07-01)	Saldo Pós
0001	Consumo energia	204.000	0,000620	126,73	126,73	24
0001	Adm. B. Veredas			15,72	15,72	25
				2,53	15,72	0,10
				0,48		0,48
				0,00		0,00
0107	CONTRIB. SERV. PUBLICA			0,00	0,00	0,00

Medida Elétrica (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
103	28/10/2018	R\$ 207,23

2 1 2 12 44 20 4 130 271 222 167 203 181  
 Gen1 Gen2 Gen3 Gen4 Gen5 Gen6 Gen7 Gen8 Gen9 Gen10 Gen11 Gen12  
 RESERVADO AO FISCO

acb7 d360 4152 6dfc e508 1855 4f76 7143

## Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DO MÊS	0,00	NORMAL	100%	44,44	44,44
DO TRIMESTRE	0,00	NORMAL	100%	44,44	44,44
DO ANO	0,00	NORMAL	100%	44,44	44,44
DO MÊS	0,00	CONTRATADA	100%	44,44	44,44
DO TRIMESTRE	0,00	CONTRATADA	100%	44,44	44,44
DO ANO	0,00	CONTRATADA	100%	44,44	44,44
<b>Total</b>				<b>444,44</b>	<b>44,44%</b>

**ATENÇÃO**

As faturas em atraso são cobradas com multa de 10% ao mês.

## ATENÇÃO

Faturas em atraso

Reagents: Tarrand-Vigilante 13/02/18 Reg. A106L # 2 439-Beta Tarrand-Vigilante 15/01/18 Mbio  
Reagents: Tarrand-Vigilante 13/02/18 Reg. A106L # 2 439-Beta Tarrand-Vigilante 15/01/18 Mbio  
-Ludwig biochemie

2. 8796194

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

● 中国医生网

Received 12 June 2003; accepted 12 July 2003

\*2007年12月 19日15時、20時、23時

29/10/2018

RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005018-0



COMPREV PREVIDENCIA SIA  
23 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.924-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Carlos dos Santos Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56, do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima  
Severino Carlos dos Santos Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

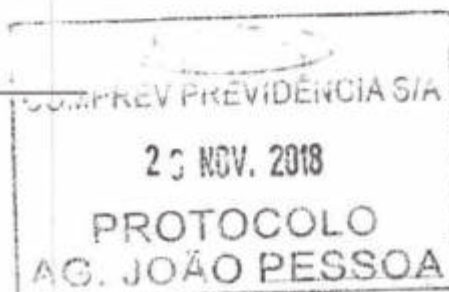
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Agente Fiscal José L. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Monte Sabeita</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa, 21 de novembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





## CERTIDÃO

Nº. 1407/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 134936 e Prontuário Nº 2018.06.000975 pertencentes a **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA** que foi atendido dia 08/06/2018 às 08H29min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de talus direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/06/2018 com alta médica dia 12/06/2018.

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

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

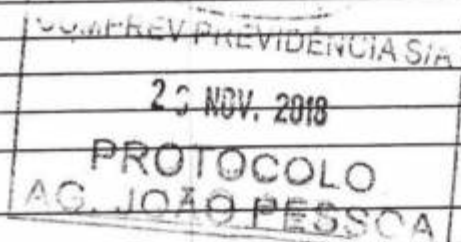
Data da Admissão: 08/06/12

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: DEFORMIDADE EM TNR

HDA: VITIMA DE ACIDENTE MOTO, COM DEFORMIDADE

DEFORMIDADE EM TNR



Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: FX EXPONTA DE TALUS. (2)

Conduta: INTERNO P/ TRATAMENTO CIRURGICO

**Yury Cordeiro**  
CRM PB: 11507  
DA: HEIDEN



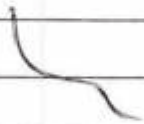


## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE E - DDM SOB ANESTESIA  
ASÉPSIA ANTISÉPTICA  
APÓSICAO DE CAMPOS ESTERILIZADOS

### Incisão:



### Achados:

LEXICO DE TOLES

### Conduta:

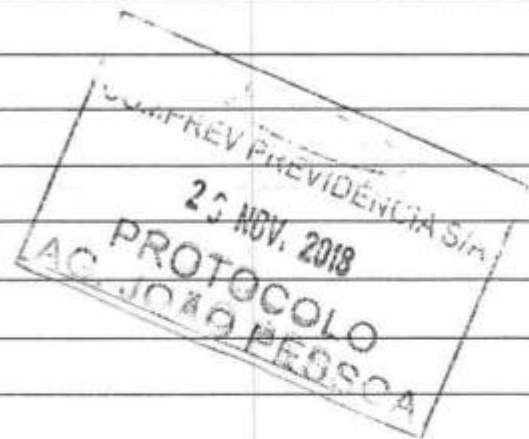
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFQ 99%  
REALIZADA MANOBRAS DE REDUÇÃO LACRIMATO  
SOB ESCÓPIA  
LIMPEZA COM SFQ 99%

### Fechamento:

SUTURA DE PELLE  
Nº CONTINUA  
TALA BOLA

### OBS:

ANTIBIOTICO TERAPIA ALTA PROVAVEL SEGUNDA  
DA GESSON CUNHA RX NÃO EVIDENCIA EX



Data: 08/06/18

Yury Cordeiro  
CRM PB: 11507  
MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 2673563 SSOS PB	DATA NASCIMENTO 29/11/1984
CPF 056.739.554-56	
FUNÇÃO MARCOS ANTONIO DOS SILVA JOSILENE DOS SANTOS SILVA	
PERMISSÃO <input type="checkbox"/>	ACC <input type="checkbox"/>
CATENA AB	
Nº REGISTRO 05984156600	VALIDADE 31/07/2018
1ª HABILITAÇÃO 24/01/2014	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Severino Carlos dos S. Silva</i>	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 22/04/2015
ASSINATURA DO EMITENTE <i>[Assinatura]</i>	
33619986709 PB030560802	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1083246762

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1083246762

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<b>NOME</b> JOSE EDUARDO DA SILVA	
	<b>DOC. IDENTIFIC. - CND. EMISSÃO DE</b> 1054562      SSP      PB
<b>CPF</b> 455.536.024-91 <b>DATA NASCIMENTO</b> 02/04/1967	
<b>NÚMERO</b> JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
<b>PERMISSÃO</b> 10	<b>CC</b> 10
<b>1ª REGISTRO</b> 00724153162	<b>1ª EMISSÃO</b> 10/11/2019
<b>1ª VALIDADE</b> 06/06/1989	
<b>OBSERVAÇÕES</b> A	
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
<b>LOCAL</b> JOÃO PESSOA, PB	<b>DATA EMISSÃO</b> 11/11/2014
 ASSINATURA DO EMPREGADO	
<b>DETRAN - PB (PARATIBA)</b>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 20 NOV. 2018  
 PROTOCOLO  
 AC. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Severino Carlos dos Santos Silva,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Auxiliar de Expediente, CI RG nº 2673563,  
CPF/MF nº 056.739.554-56 residente e domiciliado(a) à Rua  
R. DR. Bandeira Lima, 57 Varzea Nova,  
Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 583.00000, telefone  
(83) 99342.5570, 98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Santa Rita - PB, 11 de novembro de 2018.

Severino Carlos dos Santos Silva

OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426308/18

**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 056.739.554-56

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/06/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA : 056.739.554-56

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.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**