
Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**
Nº Sinistro: **3180172881**
Vitima: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**
Data do Acidente: **20/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172881**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180172881**
Vitima: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**
Data do Acidente: **20/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172881**.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180172881

Vítima: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 20/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035 256 814 - 37

Nome completo da vítima

Flávio Rogério da Conceição

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Flávio Rogério da Conceição	035 256 814 - 37	moto - Tonni
Endereço	Número	Complemento
Rua Riachuelo	1.814	
Bairro	Estado	CEP
Jardim Paulistano	PB	58100 000
Email	Telefone (DDD)	
elianefernandes.moda@hotmail.com	(83) 9 9997 - 5596	

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
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 0041 D/V 013 CONTA NRO. 00489864 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO Nome _____
AGÊNCIA NRO. _____ PROTOCOLO _____
CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) AG. JOÃO PESSOA (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.

Lampião, 04 de abril de 2018

Local e Data

Flávio Rogério da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Flávio Rogério da Conceição

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



17 ABR. 2013
PROTÓCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00078.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 20/12/2017

Hora: 10:33:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Costa e Silva, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Flávio Rogério da Conceição	Identidade de Gênero: masculino
	Conhecido por: Não informado	
	Filiação: Francisca Regina da Conceição e Não Declarado	
	Idade: 40	Data de Nascimento: 11/07/1977
	Nacionalidade: brasileira	Naturalidade: Itapetim
	Estado Civil: casado(a)	
	Escolaridade: Não informado	Profissão: Mototaxista
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 035.256.814-37	
	Endereço: Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB	
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado	
	Telefone: (83) 98748-1091	
	Nome: Damião Inácio da Silva	
	Conhecido por: Não informado	
	Filiação: Rita Maria de Jesus e Manuel Inácio da Silva	
	Idade: 47	Data de Nascimento: 25/10/1970
	Nacionalidade: brasileira	Identidade de Gênero: masculino
	Estado Civil: união estável	Naturalidade: Campina Grande
	Escolaridade: Não informado	Profissão: Vigilante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 797.626.974-72	
	Endereço: Rua Edvaldo Gonzaga de Albuquerque, Presidente Médice, Campina Grande, PB	
	Complemento: Não informado	
	Telefone: (83) 98887-2840	

17 ABR. 2013
PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00078.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 20/12/2017

Hora: 10:33:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Costa e Silva, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

Nome: Flávio Rogério da Conceição

Conhecido por: Não informado

Filiação: Francisca Regina da Conceição e Não Declarado

Idade: 40

Data de Nascimento: 11/07/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Itapetim

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Mototaxista

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 035.256.814-37

Endereço: Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98748-1091

VITIMA

Nome: Damião Inácio da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Rita Maria de Jesus e Manuel Inácio da Silva

Idade: 47

Data de Nascimento: 25/10/1970

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Vigilante

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 797.626.974-72

Endereço: Rua Edvaldo Gonzaga de Albuquerque, Presidente Médice, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98887-2840

TESTEMUNHA

17 ABR. 2018
PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



TESTEMUNHA

Nome: Fábio José da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria José da Silva e Não Declarado
Idade: 37 **Data de Nascimento:** 03/04/1980 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 039.202.684-82
Endereço: Rua- 24 de Maio, Estação Velha, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98836-1292

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo Honda, tipo de veículo CG 150 FAN ESDI, cor vermelha, ano 2015, placa QFB-1529, chassi 9C2KC1680ER582254, renavam 0101711305-7

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2014/2014, cor vermelha, Placa QFB-1529-PB, Chassi de Nº 9C2KC1680ER582254, licenciada em nome de Francisca Regina da Conceição, quando trafegava na rua Costa e Silva, bairro Cruzeiro, momento em que o piloto da outra motocicleta de sinal e condutor não identificado, colidiu no guidão da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Platô tibial e trauma no Joelho ambos do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 06 de março de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

FLÁVIO ROGÉRIO DA CONCEIÇÃO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

17 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Flávio Rogério da Conceição, portador da carteira de identidade nº 2110379 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.256.814-37, residente e domiciliado na Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Cidade Campina Grande, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Flávio Rogério da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
SIA

Campina Grande, 07-04-2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 20/12/2017	HORA: 10:33 HS	ID Nº: 1659812
NOME: FLÁVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R. COSTA E SILVA - CRUZEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		
AG. PROTOCOLO ABR. 2018 JOÃO PESSOA		

Campina Grande, 23 de fevereiro de 2018.

Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 20/12/2017	HORA: 10:33 HS	ID Nº: 1659812
NOME: FLÁVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R. COSTA E SILVA - CRUZEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		
AG. PROTOCOLO ABR. 2018 JOÃO PESSOA		

Campina Grande, 23 de fevereiro de 2018.

Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

FAC

3912225040201 LOR/RSB

INSS

CORREIOS

000905

|||||

FERNANDA FERNANDES LEITE
R JOSE ZILTON UCHOA 150
ITARARE
CAMPINA GRANDE PB
58411-015



5013196987405440000000090530180316

REMETENTE

INSS
QL. 13 0 21 020 VAG DA P SOCIAL CAMPINA GRANDE-CATOLE
RUA VICARIO CALEXTO 418
CATOLE

001144

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Fernanda Fernandes Bento Alves, inscrito (a) no CPF 016 823 724-14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávia Regerio da Conceição, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035 256 814-37, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flávia Regerio da Conceição, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035 256 814-37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Moto taxista Renda: 400,00 e apresento os documentos comprobatórios:
não possui

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	Cidade	Número	Complemento
Rua Riachuelo		1814	
Jardim Paulistano	Campina grande	PE	58100 000
Email	claricefernandes.moda@hotmail.com	(83) 9 9997-5596	(83) 9 9999-5596

Campina g. 07 de abril

Local e Data

17 ABR. 2017

Assinatura do Declarante

Flávia Regerio da Conceição

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

SIA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fernanda Fernandes Brito Alves inscrito (a) no CPF 011 823 724-14,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávia Rogério da Conceição inscrito (a) no CPF sob o N° 035 256 814-37, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flávio Rogério da Conceição inscrito (a) no CPF sob o N° 035 256 814-37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua José Zilben Uchoa</u>	<u>Itanaré</u>	<u>Campina grande</u>	<u>150</u>	
			Estado <u>PB</u>	CEP <u>58441-015</u>
Email <u>Clarinafernandes.meda@hotmail.com</u>			Telefone comercial (DDD) <u>(83) 9 9997-5596</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9997-5595</u>

C. grande, 07 de Junho de 2018
 Local e Data

Fernanda Fernandes Brito Alves
 Assinatura do Declarante

**GOVERNO
DA PARÁBA** SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1565299 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.269/0038-52

Av. Mal. Flávio Pacheco, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 20/12/2017

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo: 07 Atendente: Andreia Da Silva Araújo Nascimento: 11/07/1977

PACIENTE: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

Endereço: RIA CHUELO
Cidade: Campina Grande

Nome da Mae:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Responsável

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Médico:

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Responsável

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Responsável

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Responsável

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

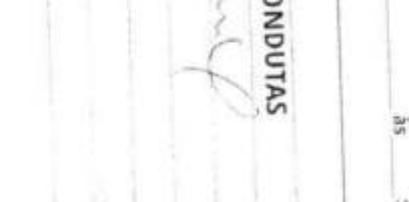
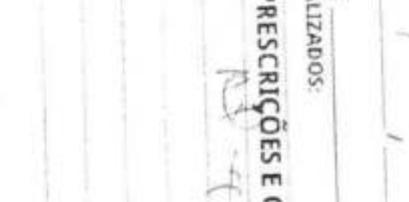
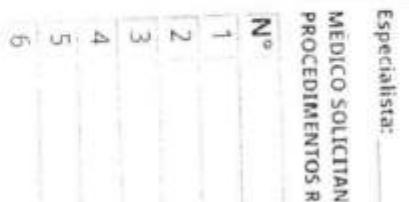
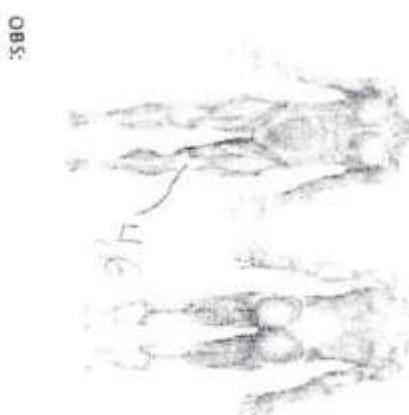
Responsável

Nome da Mae:

Endereço: RIA CHUELO

Cidade: Campina Grande

Motivo: ACIDENTE DE MOTO



ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS:

EXAMES SOLICITADOS:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ficha de Acolhimento

Nome: Eduardo Resende da Cunha
End: R. Riachuelo, 2334
Data de Nascimento: 31/03/1994 Documento de identificação:
Queixa: Dolores Data do Atend: 20/02/15 Hora: 15:15 Documento:
Acidente de trabalho? Sim Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom Regular Baixo Aspecto: Calmo Fáceis de dor Gemente
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Desambulação: Livre Cadeira de rodas Maca

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas
 Azul - atendimento hospitalar
 Branca - orientação

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional

17 ABR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A handwritten stamp in black ink. The text "PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA" is written vertically along the left side of a tilted rectangular frame. Inside the frame, the date "17 ABR. 2013" is centered. Above the date, the word "PROTÓCOLO" is written vertically, and below it, "AG. JOÃO PESSOA".

Names below
will refer to figure
of skeleton plate fibula
and tibiae + fibulae

20/12/17

IDADE

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs _____

- Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 SECRETARIA DE SAÚDE
ATENDIMENTO URGÊNCIA**PRONT (B.E) Nº: 1565299 CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.269/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Manguinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data 20/12/2017

Bolema de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andrezza Da Silva Araújo

PACIENTE: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO Nascimento: 11/07/1977

Endereço: RIACHUELO CEP: 58400002

Cidade: Campina Grande

Nome da Mae:

Responsável:

Nome da Mae:

RG:

CPF:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Sexo:M

Endereço:

Data de

Atend: 20/12/2017

Horário: 11:20:15

Especialidade:

Medico:

CRM:

OBS/FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA**LOCAL DA LESÃO** (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cervical

2. Abdominal

3. Axilar

4. Pecten

5. Cervical

6. Axilar

7. Pecten

8. Cervical

9. Axilar

10. Pecten

11. Cervical

12. Axilar

13. Pecten

14. Cervical

15. Axilar

16. Pecten

17. Cervical

18. Axilar

19. Pecten

20. Cervical

21. Axilar

22. Pecten

23. Cervical

24. Axilar

25. Pecten

26. Cervical

27. Axilar

28. Pecten

29. Cervical

30. Axilar

31. Pecten

32. Cervical

33. Axilar

34. Pecten

35. Cervical

36. Axilar

37. Pecten

38. Cervical

39. Axilar

40. Pecten

41. Cervical

42. Axilar

43. Pecten

44. Cervical

45. Axilar

46. Pecten

47. Cervical

48. Axilar

49. Pecten

50. Cervical

51. Axilar

52. Pecten

53. Cervical

54. Axilar

55. Pecten

56. Cervical

57. Axilar

58. Pecten

59. Cervical

60. Axilar

61. Pecten

62. Cervical

63. Axilar

64. Pecten

65. Cervical

66. Axilar

67. Pecten

68. Cervical

69. Axilar

70. Pecten

71. Cervical

72. Axilar

73. Pecten

74. Cervical

75. Axilar

76. Pecten

77. Cervical

78. Axilar

79. Pecten

80. Cervical

81. Axilar

82. Pecten

83. Cervical

84. Axilar

85. Pecten

86. Cervical

87. Axilar

88. Pecten

89. Cervical

90. Axilar

91. Pecten

92. Cervical

93. Axilar

94. Pecten

95. Cervical

96. Axilar

97. Pecten

98. Cervical

99. Axilar

100. Pecten

101. Cervical

102. Axilar

103. Pecten

104. Cervical

105. Axilar

106. Pecten

107. Cervical

108. Axilar

109. Pecten

110. Cervical

111. Axilar

112. Pecten

113. Cervical

114. Axilar

115. Pecten

116. Cervical

117. Axilar

118. Pecten

119. Cervical

120. Axilar

121. Pecten

122. Cervical

123. Axilar

124. Pecten

125. Cervical

126. Axilar

127. Pecten

128. Cervical

129. Axilar

130. Pecten

131. Cervical

132. Axilar

133. Pecten

134. Cervical

135. Axilar

136. Pecten

137. Cervical

138. Axilar

139. Pecten

140. Cervical

141. Axilar

142. Pecten

143. Cervical

144. Axilar

145. Pecten

146. Cervical

147. Axilar

148. Pecten

149. Cervical

150. Axilar

151. Pecten

152. Cervical

153. Axilar

154. Pecten

155. Cervical

156. Axilar

157. Pecten

158. Cervical

159. Axilar

160. Pecten

161. Cervical

162. Axilar

163. Pecten

164. Cervical

165. Axilar

166. Pecten

167. Cervical

168. Axilar

169. Pecten

170. Cervical

171. Axilar

172. Pecten

173. Cervical

174. Axilar

175. Pecten

176. Cervical

177. Axilar

178. Pecten

179. Cervical

180. Axilar

181. Pecten

182. Cervical

183. Axilar

184. Pecten

185. Cervical

186. Axilar

187. Pecten

188. Cervical

189. Axilar

190. Pecten

191. Cervical

192. Axilar

193. Pecten

194. Cervical

195. Axilar

196. Pecten

197. Cervical

198. Axilar

199. Pecten

200. Cervical

201. Axilar

202. Pecten

203. Cervical

204. Axilar

205. Pecten

206. Cervical

207. Axilar

208. Pecten

209. Cervical

210. Axilar

211. Pecten

212. Cervical

213. Axilar

214. Pecten

215. Cervical

216. Axilar

217. Pecten

218. Cervical

219. Axilar

220. Pecten

221. Cervical

222. Axilar

223. Pecten

224. Cervical

225. Axilar

226. Pecten

227. Cervical

228. Axilar

229. Pecten

230. Cervical

231. Axilar

232. Pecten

233. Cervical

234. Axilar

235. Pecten

236. Cervical

237. Axilar

238. Pecten

239. Cervical

240. Axilar

241. Pecten

242. Cervical

243. Axilar

244. Pecten

245. Cervical

246. Axilar

247. Pecten

248. Cervical

249. Axilar

250. Pecten

251. Cervical

252. Axilar

253. Pecten

254. Cervical

255. Axilar

256. Pecten

257. Cervical

258. Axilar

259. Pecten

260. Cervical

261. Axilar

262. Pecten

263. Cervical

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Documentação:
End:	Bairro:
Data de Nascimento:	Documento de identificação:
Cabeça:	Data do Atend.: Hora: Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida		
Desambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

Mod. 116

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

- Amarelo - atendimento hospitalar
() Azul - atendimento ambulatorial
início de emergência

Assinatura e carimbo do profissional

17 ABR. 2010

PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONÇALO FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

DATA DO ATENDIMENTO:

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6588

MO:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
17 ABR. 2013
100% PREVISTO E 100% REALIZADO



PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
17 ABR. 2013



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

L A C R E	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA: 0101711305-7	Nº 013748882075 PRT 2017010107868-8 CÓD. RENAVAM: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2017
NOME: FRANCISCA REGINA DA CONCEICAO		
CPF / CNPJ: 40787419400		PLACA: QFB1529/PB
PLACA ANTO: NOVO PB		CHASSI: 9C2KC1680ER582254
ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/APLIC		COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL
MARCAS / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESD1		ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014
CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI	CATEGORIA: PARTIC	COR PRIMORDIANTE: VERMELHA
COTA ÚNICA: 00/00/0000		VENC. COTA ÚNICA: 1 ^a
FADIA I/RVA: *****	PARCELAMENTO / COTAS: 0	VENC / COTAS: 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** SEGURADO PAGO		IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ***** 24/10/2017
OBSERVAÇÕES: A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA		
LOCAL: CAMPINA GRANDE - PB 36994		DATA: 10/11/2017 35441

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748882075 BILHETE DE SEGURO I

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

VIA: 1	CPF / CNPJ: 40787419400	PLACA: QFB1529
RENAVAM: 01017113057	MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESD1	NO. CHASSI: 9C2KC1680ER582254
ANO FAB: 2014	DATA DE PAGAMENTO: 9	VALOR TOTAL: 35441
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO: *****
IOF (R\$) *****	SEGURADO PAGO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO: 35441
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		DATA DE QUITAÇÃO: 24/10/2017
PAGAMENTO:		
S COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

35441-1605321-20171110



17 ABR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESCARO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134947/18

Vítima: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO
CPF: 035.256.814-37

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/12/2017

Titular do CPF: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES : 011.823.724-14

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018

Nome: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES
CPF: 011.823.724-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018

Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

RENATO LUNA DIAS

PROCURACÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO MIMA:

Nome: Flávio Rogério da Conceição
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Moto-Taxi
Identidade: 2110 379 CPF: 035 256 814-37
Endereço: Rua Riachuelo, 1814 Jardim Paulistano
Campina Grande, Paraíba

PROCURADOR:

Nome: Fernanda Fernandes Vente Alves
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 2670363 CPF: 011 823 724-14
Endereço: Rua José Liltôn Uchea, 150, Itararé
fone: (83) 9 9997-5596

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quaisquer direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substituir ou cancelar esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, daytima

CO...PREVIOUSLY RECORDED BY

17 ABR. 2017

Campina Grande, 06-03-2018
Local e data

Local e data

Protocolo

~~JOÃO PESQUER~~
Assinatura do

**Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)**

1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vital de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 035.256.814-37 -
FLAVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO. Dou fé. Campina Grande(PB)
- 06/03/2018 - 10:57.

E-mail: info@tutormate.com

Em testemunho para baixo da verdade.
Data Digital: AOE03782-8142 Consulta: 2024-01-15 10:30:00

Selo Digital: AGE03782-634P Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>
Email.: R\$ 9,50 FEPJ / R\$ 1,90 FARPEM: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
B67a670a25b79cc0d3eb4a7bd83a332cfb9753

A circular stamp with the following text:

ADEMILDE SIMÕES ALVES
ESCREVENTE
1º CARTÓRIO
R. Vidal de Negreiros, 70
C. GRANDE RIO