

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180499612**

Vitima: **MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **15/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180499612**.

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 13523260



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.586.844-80 Nome completo da vítima: Maria Aparecida da Silva Oliveira

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

Nome completo: Maria Aparecida da Silva Oliveira CPF: 066.586.844-80
Profissão: nao informada Endereço: 3.º. Tr. Taboão Número: 81X Complemento: casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Catolito do Rocha Estado: PB CEP: 53884-000
E-mail: jeduardomaria@hotmail.com Tel. (DDD): 85.99936-1762

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3518 CONTA: 8291 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou, nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Catolito do Rocha, 17/10/18
Nome: Maria Aparecida da Silva Oliveira
CPF: 066.586.844-80

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Aparecida da Silva Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Clemilda Maria de Sousa Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



23 OUT. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 201/2018

Aos QUINZE DIAS de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA CRUZ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Polícia Civil Dr(a). **VICENTE HONÓRIO FILHO**, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15:h,40min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA, conhecido (a) por APARECIDA, Identidade nº 2948493/SSP/PB, CPF nº 066586844-80, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultora, filho(a) de Jose Francisco de Oliveira e de Maria Bernadete da Silva Oliveira, natural de Catolé do Rocha-PB, nascido(a) em 22.08.1984(com 33 anos de idade), do sexo feminino, residente no Sítio Varzea Grande, Zona Rural de Catolé do Rocha-PB.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 15/06/2018;
- 3) **Horário do fato:** 18:h,00:min;
- 4) **Local do fato:** Sítio Cajazeirinha-Catole do Rocha-PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo? sim**
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? sim;**
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente? sim.**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HONDA/CG 125 TITAN KS, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2000, PLACA MON7300/PB, CHASSI 9C2JC30101R033535, licenciada em nome de Maria Solange da Costa.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

Não informou.

8) Breve resumo do fato:

O(A) comunicante compareceu a esta DP para registrar que na data hora e local acima descrita, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava da Cidade de Catole do Rocha, sentido sua residência, conduzindo a moto acima descrita; Que, afirma a comunicante que ao chegar ao Sítio Cajazeirinha um animal(jumento) atravessou a pista e nisto veio a colidir com o animal, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo; Que, foi socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Catole do Rocha, onde recebeu atendimento medico.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

Maria Aparecida da Silva Oliveira

Comunicante

Escrevã(o)/Agente

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT 000755-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.586.844-80 Nome completo da vítima: Maria Aparecida da Silva Oliveira

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

Nome completo: Maria Aparecida da Silva Oliveira CPF: 066.586.844-80
Profissão: nao informada Endereço: 3.ª Av. Tibauba Número: 81X Complemento: casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Castelo de Rocha Estado: PB CEP: 53884-000
E-mail: jeduardomaria@hotmail.com Tel. (DDD): 85.99936-1762

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3518 CONTA: 8291 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou, nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Castelo de Rocha, 17/10/18
Nome: Maria Aparecida da Silva Oliveira
CPF: 066.586.844-80

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Aparecida da Silva Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Clemilda Maria de Sousa Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



23 OUT. 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA, RG 2.948.493 SSP/PB**, residente e domiciliada no Sítio: Timbauba – Riacho dos Cavalos– PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM –11171, no dia 15 de Junho de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberada. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 1180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – CEP: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

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: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000008291-7

Nr. da Autenticação 7B336C0FE1B7328C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Aparecida da Silva Oliveira,

RG nº 2.948.493, data de expedição 19 / 09 / 2012, Órgão SSP/PB,

CPF nº 066.586.844-80, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Tibauco</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Catoíde do Rocha</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(83) 9,9936-1762 / 9,9833-0973</u>
E-mail	<u>Jadrianomaia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catoíde do Rocha / 12 / 10 / 2018

Assinatura do Declarante: Maria Aparecida da Silva Oliveira

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA ,

RG nº 002.309.898, data de expedição 27/07/2001, Órgão SSP/RN,

CPF nº 048.720.414-02, 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 (Rua/Avenida/Praça)	RUA AUSTO GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83) 9,9936-1762 / 9,9833-0973
E-mail	Jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO ORIGINAL

Local e Data: CATOLÉ DO ROCHA: PB 18/09/2018

23 OUT. 2018

Assinatura do Declarante: Clemilda Maria de Sousa Silva

DOCUMENTO ORIGINAL



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

38837145

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

ROSEDA SALDANHA PEREIRA
RUA AUSTRO GONCALVES DINIZ, 445 - TANCREDO NEVES
CATOLE DO ROCHA PB 58884-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
109.006.075.0158.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
0010291	13/10/1997	JARDIM	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) M3 DE DIAS PRÓXIMA LEITURA							
1758		1	32		07/09/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
JUL/2018	1	17	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUN/2018	1	17	TURBIDEZ	45	45	45	
MAI/2018	1	17	CLORO	45	45	45	
ABR/2018	1	17	COL. TERMO	0	0	0	
MAR/2018	1	17	CON	10	29	29	
FEV/2018	1	17	COL. TOTAIS	45	45	45	
MEDIANAS	1						

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.23.37
1665901665

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: JOSE ADRIANO DE MELO MAIA
AGENCIA: 1665-9 CONTA: 1.753-1 VAR:51/01

Total debitado na Variacao: 51 38,94

Convenio CAGEPA RECEBIMENTO
Codigo de Barras 826000000000-8 38940010109-0
03883714501-0 08201830003-6
Data do pagamento 04/09/2018
Valor Total 38,94

DOCUMENTO: 090401
AUTENTICACAO SISBB:
A.213.305.286.461.936

23 OUT. 2018



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
38837145	AGO/2018	21/08/2018	R\$ 38,94

826000000000 8 38940010109 0 03883714501 0 08201830003 6



20 SET. 2018

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 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 Clemilda Maria de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.220.454-02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Apocécida da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.586.844 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Maria Apocécida da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.586.844 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: não Informado Renda: 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:

não Informado

☒ 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	Número	Complemento
<u>R. Anísio Gonçalves Diniz</u>	<u>445</u>	<u>Barra</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Tancredo Neves</u>	<u>Catolândia Rocha</u>	<u>PB</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>5888-000</u>

Catolândia 17 de Outubro de 2018
Local e Data

Clemilda Maria de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Solange da Costa

RG nº 232 65 26, data de expedição 07 / 08 / 1996

Órgão, SSPB, portador do CPF nº 043.913.944-99, no com

Domicílio na Cidade de Catalão do Rocha, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Maria Lúcia de Holanda Silva, nº 842, complemento Casa

Declaro, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima Maria Aparecida da Silva Oliveira

Cujo o condutor era A. mesma

Veículo: Moto

Modelo: 2000

Ano: 2000

Placa: MON 7300 / PB

Chassi: 9C2JC30101R033535

Data do Acidente: 15 / 06 / 2018

23 OUT. 2018

Local e data: Catalão do Rocha / 02 / 10 / 18

Assinatura do Declarante: Maria Solange da Costa

Maria Aparecida da Silva Oliveira

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



ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 800084179

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNPJ: 08.778.268/0027-08 UF: 25
MUNICÍPIO: SOUSA CNES: 250453-7 ESTADO: PARAIBA

DADOS DO PACIENTE

NOME: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA PRONT: 00043581
SEXO: F DN: 22/08/1984 - 33 A 9 M 27 D RAÇA / COR: PARD
MÃE: MARIA BERNARDETE DA SILVA OLIVEIRA OCUPAÇÃO
NATURALIDADE: CATOLE DO ROCHA - PB SISPRENATAL
CNS: 704801598750348 CPF: 066.586.844-80 DOCUMENTO
ENDEREÇO: RUA - PROJETADA - SN - CENTRO CONTATO:
COMPLEMENTO:
MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.870-000 ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251286 DATA: 18/06/2018 08:23:55 REGISTRADO: POR: maria.georgia

CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Acidente por trauma
Acidente de moto por
Previdido por clivado

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

pe osteo de

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Trauma por clivado
(Fratura clivado)

DIAGNÓSTICO

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

- MEDICAÇÃO
☐ PRESCRITA
☐ APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Dr. FREDERICO ALVES DE OLIVEIRA
CRM - 25880
CBO - 3601-10-15

GNS

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Assinatura Maria da Silva Oliveira
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

PACIENTE: Adriano da Silva

IDADE: 22 DATA: 20/10/2018

CIDADE: Recife - PE
Prótese de quadril

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

MATERIAL A SER UTILIZADO:

Prótese de quadril

MÉDICO SOLICITANTE:

DATA DE ENTREGA NA CENTRAL:

DATA DA CIRURGIA:

23 OUT. 2018

GOVERNO DO ESTADO
Secretária de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Dr. Francisco de Oliveira

Dr. Clivaldo E.

AS PD

18/8/10

Dr. Francisco Alves de Oliveira
CRM - 2480
CPF: 022.290.194-15

Rua José Facundo de Lira, S/N - CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 - SOUSA - PB

GOVERNO
DA PARAIBA

23 OUT. 2018

Not intended for official interpretation.

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

20180801 01 0004

8/22/1994 F

Ombro E

8/1/2018

10:43 AM

Initial Hospital Name

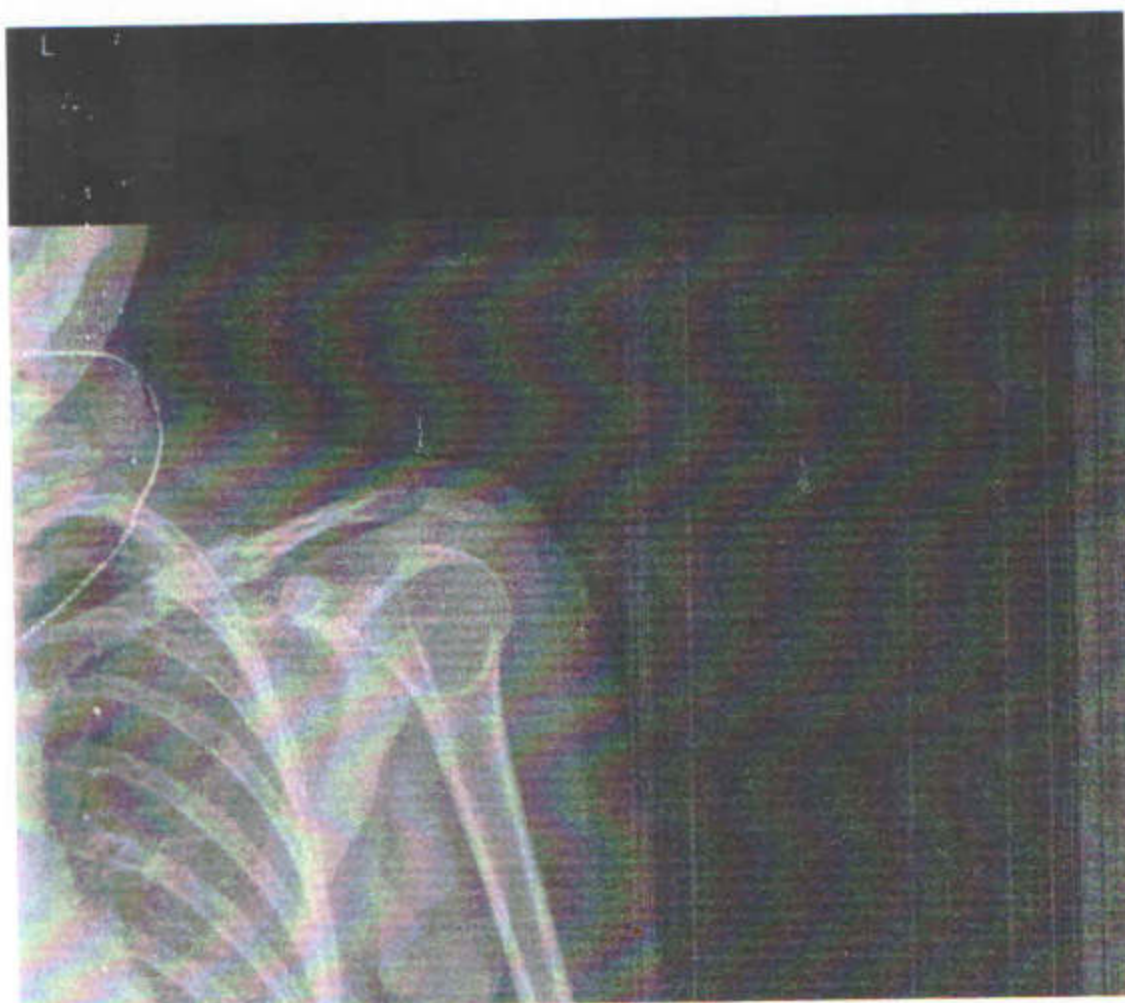
Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5 ba...

Zoom 118%

23 OUT. 2018



23 OUT. 2018

SID mm

L 2047
W 4095

Not intended for official interpretation.

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

20180001-01-0004

8/22/1994 F

Ombro E

18/1/2018

8:55 AM

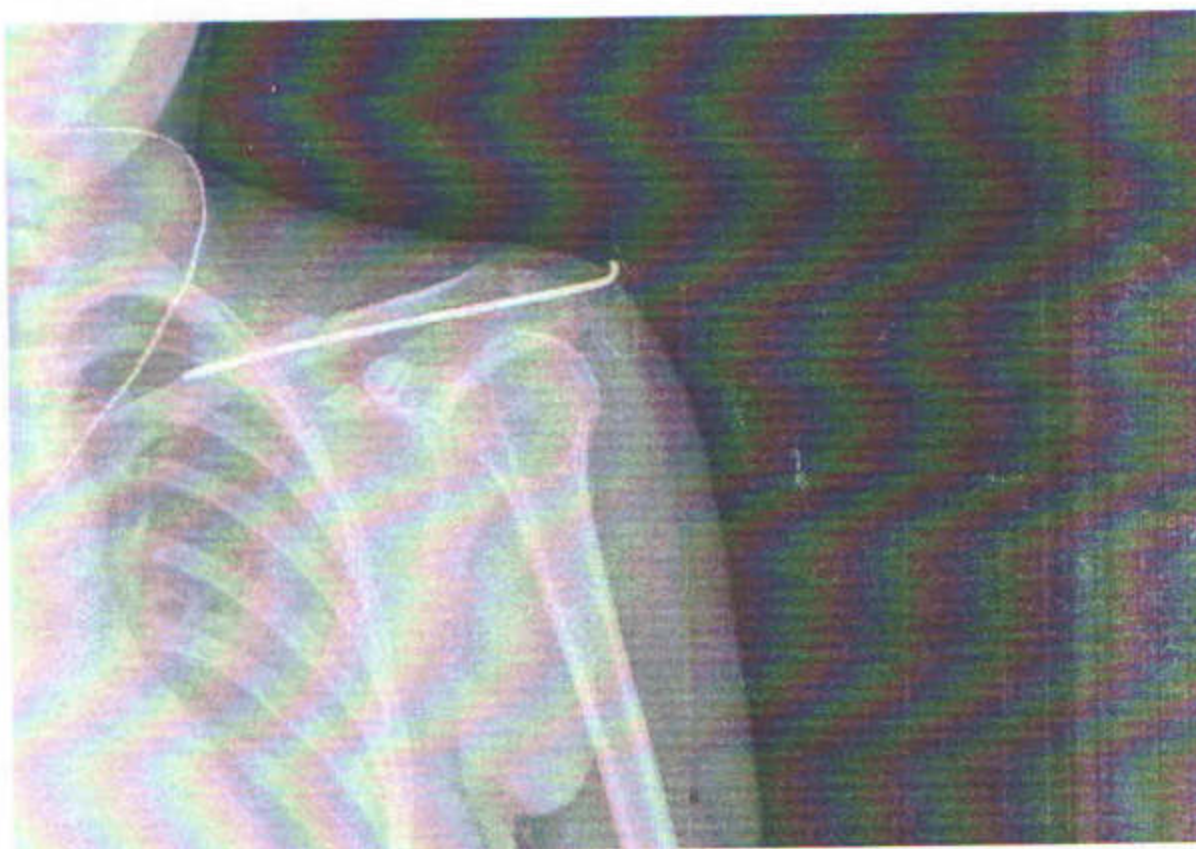
Initial Hospital Name

Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE: S-200 L-4.0 FB d:0,56 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nr:0 dc:2,5...

Zoom 100%



23 OUT. 2018

SID mm

L 2047
W 4035

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.948.493 - 2 VIA EXPEDIENTE DATA DE 19/09/2012

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA MARIA BERNARDETE DA SILVA OLIVEIRA

NATURALIDADE CATOLÉ DO ROCHA-PB DATA DE NASCIMENTO 22/08/1984

DDD ORIGEM NASC.N.13630 FLS.163 LIV.113

CIT. CARTÓRIO CATOLÉ DO ROCHA-PB

066.586.844-80

ASSINANTADO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

541-1 P-145

20-A

APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

23 OUT. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.948.493 -2 VIA EXPEDIENTE DATA DE EMISSÃO 19/09/2012

NOME MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA MARIA BERNARDETE DA SILVA OLIVEIRA

NATURALIDADE NATALIDADE DO ROCHA-PB DATA DE NASCIMENTO 22/08/1984

DOO ORIGEM NASC.N.13630 FLS.163 LIV.13 OF. CARTÓRIO CATÓLICO DO ROCHA-PB

066.586.844-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-145





Maria Aparecida da Silva Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

23 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013748712110

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0074733559-9 00/000000000 2017

MARIA SOLANGE DA COSTA

04391394499

MON7300/PB

NOVO

9C2JC30101R033535

PAS/MOTOCICLE/MAO APPLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125

125 K9

2000

20124/01

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

00/00/0000

VENÇ. COTA ÚNICA

1ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

2ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

3ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

4ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

5ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

6ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

7ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

8ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

9ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

10ª VENÇ. COTAS

00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

11ª VENÇ. COTAS

PB Nº 013748712110 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

04391394499

MON7300/PB

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

00747335599

HONDA/CG 125

TITAN K9

2000

9C2JC30101R033535

TITAN K9

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

19763-1152278-20171026



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499612 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499612 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387112/18

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 066.586.844-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA
SILVA OLIVEIRA

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
DUT

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

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

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA : 066.586.844-80

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 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: 23/10/2018
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL