

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505526 Vítima: FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Data do Acidente: 27/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505526

Vítima: FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Data do Acidente: 27/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 109.384.294-69 4 - Nome completo da vítima: Francicleber Cardoso de Souza

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

5 - Nome completo: Francicleber Cardoso de Souza 6 - CPF: 109.384.294-69
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Jomulipes de Oliveira 9 - Número: 130 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58086-190
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 00111173 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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.

Pelc 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09497.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09497.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 20 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Francikleber Cardoso de Souza**, CPF nº 109.384.294-69, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Maria Marques de Souza e Franciraldo Marques de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/09/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornalista Ulisses Oliveira, Nº 175, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final da Rua do Rio., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-6015.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Vasco da Gama, De Frente a Fort Motos., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/04/17 17:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

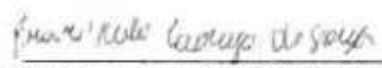
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

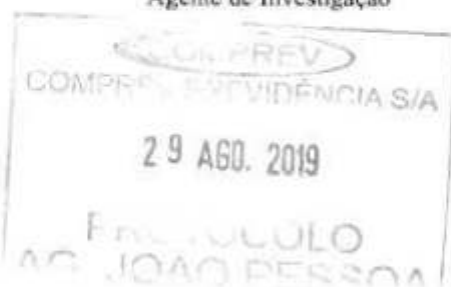
QUE, segundo o declarante no dia 27/04/2017 por volta das 17:50 horas quando transitava, pelo bairro de Jaguaribe, João Pessoa-PB; na Av. Vasco da Gama, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ 125K ano: 2010/2010, de cor azul de placa: NQG7687/PB CHASSI: 9C6KE1260A0017719 pertencente ao Sra. Roberia de Souza Leite Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Cruz das Armas/Centro quando um veículo não identificado que vinha numa rua transversal invadiu o sinal vermelho vindo a atingir a moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0808/2017, LESÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de agosto de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 09497.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 00111173 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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.

Pelo 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO

Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 26 de junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Alberto Barros Araújo
Médico
CRM-PB 10295

Trans - fugo no rodapé no pino - Seta
 Rx: feto no abdômetro, mas com feto + NZ feto, se não do sistema
 EF: Leisões TNZ y da desisto

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD: Haloperidol

Ref: 1 unidade

re avaliação

Duplo adulto 6h 2as. com
 fuso respiratório

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Dr. [illegible]
 CRM 10000
 1000-1000

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

030201007-2
 030309020-0

040101005-3 (2410)

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
 [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030201007-2
 030309020-0

20240110000435902	20240228-2019C	20240228	20240228
-------------------	----------------	----------	----------



ENERGIA PARA A DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.

Em 28 - Centro Regional - João Pessoa - PB - CEP 54071-690.
FAX e E-MAIL: 180-7001-40 - Fax: 16 015-403-4

Reference: Aug/2017

Nota Fiscal nº 12424 de Energia Elétrica 14/02/2014 R\$ 4,44

Get an IDB Automatic 001270834

0800 0830

Enteolite

8/2019 19/09/20

Subdomains

CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base CC	Aliq.	Valor CC	Base CC	Por(%)	Por(%)
		Totais (R\$)			ICMS(R\$)	ICMS	Por(%) (R\$) (4.2665%)		
0801	Consumo em kWh	150.000	0,626918	134,44	134,44	25	31,11	124,44	1,35
0801	Adic. B. Amarela			1,21	1,21	25	0,30	1,21	0,01
0801	Adic. B. Vermelha			5,45	5,45	25	1,36	5,45	0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			5,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 06/2019			0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 06/2019			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CGI: Código de Classificação do Item	TOTAL	138,62	137,10	32,77	137,10	1,42	6,54
Taxas/Tributos:	0,671720						

30 27/08/2019 R\$ 138.62

0	0	0	0	0	0	7	10	13	6	7	
Apr/18	Set/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19

bd78.562d cc0a.0925.1edc.4ecc.272f.f955

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Jato, de Segurança e	22,98	31,61
Compra de Energia	48,34	39,12
Serviço de Transportes	4,82	3,85
Encargos Setoriais	7,09	5,71
Impostos Diretos e Encargos	48,14	38,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	138,62	100,00

Visiting EU (Ref 6/2014) #54 of

* Lettura confermata

PAGADOR: CELESTINO DOS SANTOS - OFFICINHA 262.342.344-04
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 187, SALA 02, MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58056-364

Minimum Size	Maximum Size	Number of Members	Number of Members
100	150	100	150
150	200	150	200
200	250	200	250
250	300	250	300
300	350	300	350
350	400	350	400
400	450	400	450
450	500	450	500
500	550	500	550
550	600	550	600
600	650	600	650
650	700	650	700
700	750	700	750
750	800	750	800
800	850	800	850
850	900	850	900
900	950	900	950
950	1000	950	1000

Nome M	St. Doc. (sempre)	St. Doc. (sempre)
--------	-------------------	-------------------

[illegible]



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/61B1107ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39635>

A Circular SUSEP 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 Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francicleber Cardoso de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.384.294/69
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francicleber Cardoso de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.384.294/69, 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. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Pixal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 918663490</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 29/08/19

Assinatura do Declarante

COMPETÊNCIA SIA
29 AGO. 2019
JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberta de Souza Leite Silva,
RG nº 3.165.402, data de expedição 26/01/2015
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 075.845.524-04, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Francisco Ulisses de Oliveira, nº 155,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisclay Pereira de Souza cujo o condutor era
Francisclay Pereira de Souza.

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA / XTZ 125
Ano: 2010
Placa: NAG 7687
Chassi: 9CGK E1260A 00177 19
Data do Acidente: 27-04-17
Local e Data: João Pessoa, 20-08-15

Roberta de Souza Leite Silva
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço por Autenticidade a firma de ROBERTA DE SOUZA
LEITE SILVA, [125461], J. Pessoa-PB, 20/08/2019 12:15:53
Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,90. ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. ESCRIVENTE TATIANE PEREIRA DA SILVA.
Selo Digital AJA22988-0256 Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

 **COMPREV**
COMPRESSÃO PREVIDÊNCIA S/A
29 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e 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 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 26 de junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 25428 Atd: Nao Semp
Data: 27/04/2017
Hora: 18:44:14
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXANDRE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.04.004246

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3790315 Fone: 986219876

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 24/09/1991 Id: 25 ano(s)

End.: RUA JORNALISTA ULISSES DE OLIVEIRA, 74

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: TANIA JOELMA CARDOSO FERREIRA

Pai: FRANCIRALDO MARQUES DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: BALCONISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTO(CONDUTOR)/CARRO AS 18H NA AV

Vitima de violência por: VASCO DA GAMA EM FRENTE A FORT MOTOS

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

Paciente vítima de colisão moto com ônibus,
veja parando na via, apresenta trauma em

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PRIMEIRO SOF: NAO. NAO RE. NAO

- PA EM CONSCIENTE

- CO: Q. DIFERENCA

Diagnostico

Q. TILATIL BONDITA

Q. MIOGASIA

Prescricao

Q. NTA M. HORARIO DA MEDICACAO

Q. ORTOGASIA

Alberto Barros Araújo
Médico
CRM-PB 10255

Trans - fugo no rodapé no pino - Seta
 Rx: feto no abdômetro
 mas com feto + NZ feto
 se não do sistema
 EF: Leisões TNZ y da
 desisto

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CD: Haloperidol

Ref: 1 unidade

re avaliação

Duplo adulto 6h 2as. m
 fuso respiratório

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Dr. [illegible]
 CRM 10000
 1000-1000

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

030201007-2
 030309020-0

040101005-3 (2410)

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030201007-2
 030309020-0



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

109.384.294-69

Nome

FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

Nascimento

24/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 NOME JOSE EDUARDO DA SILVA DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSÃO 1054562 SSP PB CPF 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967 FUNÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA PERMISSÃO A1 DATA EXPIRAÇÃO 10/11/2019 DATA EMISSÃO 06/04/1969		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575		
ASSINATURA  LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 11/11/2014 ASSINATURA Rodrigo Carneiro CPF 60378988469 CPF PB029545605 ASSINATURA JOÃO PESSOA, PB (PRAÇA)		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575		

COMPREV PREV
29 AGO. 2019
FUND. 2
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298279/19

Vítima: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

CPF: 109.384.294-69

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/04/2017

Titular do CPF: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA : 109.384.294-69

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: 29/08/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS