

---

**Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

---

**Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 09 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 08 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190000879**

**Vítima: JOSE EDNALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE EDNALDO DA SILVA**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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

# 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: 768 251 404 34 Nome completo da vítima: José Ednaldo da Silva

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

Nome completo: José Ednaldo da Silva CPF: 768 251 404 34

Profissão: Pedreiro Endereço: R. Ailton Medeiros de Moraes Número: 00 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Gramame Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-390

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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: 1033 CONTA: 5279 5

(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.

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

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: João Pessoa - PB 07/12/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) 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.



6277 8013 4144 9050

JOSE EDNALDO DA SILVA

1033 013 00052795-0 09/21





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02139.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02139.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:00 horas do dia 07 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Ednaldo da Silva**, RG nº 1446924 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Luzia Alves da Silva e Lourival Antonio da Silva, nascido(a) em 18/01/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ailton Medeiros de Moraes, complemento QD 71 LOTE 30 APT 102, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Caixa de Água, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-6030.

**Dados do(s) Fatos:**

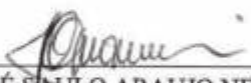
Local: Diogenes Chianca, Transnacional, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/06/17 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

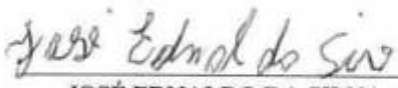
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE trafegava com o pas/ moto HYPE 50C preta JONNY, tipo ciclomotor, ANO E MODELO: 2010/2011, Chassi nº LHJXCBLD4B0215870, serial A, MOTOR 199FMB11A16772, registrado em nome de Reginaldo Moreira da Silva -cpf nº 071.015.894-72; QUE segundo o notificante seguia normalmente e que ao parar o veículo em um cruzamento foi atingido por um ônibus da empresa transnacional (passageiros), não sabendo especificar o prefixo nem placa do mesmo; QUE segundo o notificante ao ser atingido foi jogado, que não sabe dizer se o motorista prestou assistência no momento; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 08/10/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10

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

João Pessoa/PB, 07 de novembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JOSÉ EDNALDO DA SILVA  
Noticiante



# 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:

Nome completo da vítima:

768 251 40434

Jose Ednaldo da Silva

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

Nome completo:

CPF:

Jose Ednaldo da Silva

768 251 40434

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

pedreiro

R. Ailton Medeiros de Moraes

00

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

Gramame

João Pessoa

PB

58088-390

E-mail:

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

5279 5

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.

## 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

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

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:

Nome:

CPF:

João Pessoa - PB 07/12/18

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1005387



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1178015	JOSE EDNALDO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
18/01/1970	47 anos 4 meses 19 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
LUZIA ALVES DA SILVA	LOURIVAL ANTONIO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	RAIMUNDA DA SILVA LIBERATO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	988453614	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	1446024	
Local de procedência	Tipo	UF
AGUA FRIA	BAIRRO	PB
Email	Naturalidade	CBO/R
	BANANEIRAS	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58068390	JOAO PESSOA	PB	AILTON MEDEIROS DE MORAIS
Número	Complemento	Bairro	
S/N		GRAMAME	

### Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
06/06/2017 06:47:50	1000006210266	SUS

Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO ✓

### Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

### Exames complementares

Raio X[] Sangue[] Urina[] TC[] Líquor[] ECG[] Ultrasonografia[]

Dados clínicos

Det ECG, consciente, orientado, resposta adequada aos  
estímulos.

FABIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS  
ENFERMEIRA EMERGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA HCT/SHL  
COREN PB 132215

Diagnóstico	CID
Atendido por	Tempo
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	48seg

Imprimir





JJA 26.335

26.335 - Bairro Manaura

Maria Rosa, 82

comprovativo de pagamento

Período 09/2018  
CUPS 0014629 / 00034  
701 537 384-05

JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA, 0002  
MANAURA

58038-460 JOAO PESSOA PB

DOS NETS

Vencimento 10/10/2018 Valor 199,99

Código NET 907/014527082  
CPF/CNPJ 455.535.024-91  
Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSAR NET.COM.BR 001.004

orientante:

consultar e telefonar sempre através dos  
24h, opções Minha NET - Minha Assistência.  
relatório de seus serviços NET, durante o  
atendimento telefônico, estará sujeito à cobrança  
total

Minha NET:

- 8DA LARGA NET
- EMPRESAS 60 MEGA FID
- FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 11

descrição	total
NET VIRTUA +	145,00
NET Fone	54,99

Valor total 199,99



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Pires Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edmundo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 768.251.404 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidar da Vítima Jose Edmundo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 768.251.404 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Jose Fiscal Costa Duarte</u>		Número	<u>157</u>	Complemento	<u>Sala 06</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
E-mail			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	

João Pessoa 08 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Pires Duarte  
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE EDNALDO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	18/01/70
NOME DA MÃE	LUZIA ALVES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.005.387
DATA DO ATENDIMENTO	06/06/17
HORA DO ATENDIMENTO	06:47
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0 + V23.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientado, com dor na clavícula direita. Sem traumatismo cranio-encefálico. Nega perda da consciência. Sem outras queixas. Presença de fratura de clavícula direita, sem indicação de tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

### TRATAMENTO:

Tratamento incruento da fratura. Acompanhamento ambulatorial.

ALTA HOSPITALAR:	06/06/17
DATA DA EMISSÃO:	08/10/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1005387



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1178015	JOSE EDNALDO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
18/01/1970	47 anos 4 meses 19 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
LUZIA ALVES DA SILVA	LOURIVAL ANTONIO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	RAIMUNDA DA SILVA LIBERATO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	988453614	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	1446024	
Local de procedência	Tipo	UF
AGUA FRIA	BAIRRO	PB
Email	Naturalidade	CBO/R
	BANANEIRAS	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58068390	JOAO PESSOA	PB	AILTON MEDEIROS DE MORAIS
Número	Complemento	Bairro	
S/N		GRAMAME	

### Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
06/06/2017 06:47:50	1000006210266	SUS

Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO ✓

### Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU			

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

### Exames complementares

Raio X[] Sangue[] Urina[] TC[] Líquor[] ECG[] Ultrasonografia[]

Dados clínicos

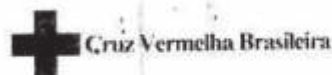
Det ECG, consciente, orientado, resposta adequada aos  
estímulos.

FABIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS  
ENFERMEIRA EMERGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA HCT/SHL  
COREN PB 132215

Diagnóstico	CID
Atendido por	Tempo
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	48seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>JOSE EDNALDO DA SILVA</b>	BAE <b>1005387</b>	Data/Hora Entrada <b>06/06/2017 06:47:50</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/01/1970</b>	Idade <b>47</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>LUZIA ALVES DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988453614</b>
			Prontuário
Endereço <b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, S/N</b>	Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FELIPE TAVARES SENA</b>	Nº Cons. Regional <b>5349/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/06/2017 06:47:50</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/06/2017 09:09:08</b>	

### Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO INICIAL INCRUENTO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL - HTOP.

### MEDICAÇÃO

TENOXICAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO -AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

### PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8, (OBSERVAÇÕES: OITO GESSADO POSTERIOR)

### CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula
V23.2	Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel [carro], "pick up" ou caminhonete - motociclista não especificado traumatizado em acidente não-de-trânsito

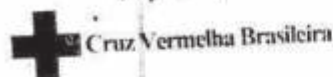
### Conduta

Alta médica

Felipe Tavares Sena  
Ortopedia Pé e Tornozelo  
CRM 5349 PB

FELIPE TAVARES SENA  
(5349/PB)

JOSE EDNALDO DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE EDNALDO DA SILVA</b>		BAE <b>1005387</b>	Data/Hora Entrada <b>06/06/2017 06:47:50</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/01/1970</b>	Idade <b>47</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 988453614</b>
Mãe <b>LUZIA ALVES DA SILVA</b>			Prontuário	
Endereço <b>AILTON MEDEIROS DE MORAIS, S/N</b>		Bairro <b>GRAMAME</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO</b>	Nº Cons. Regional <b>10452/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/06/2017 06:47:50</b>			Data/Hora Prescrição <b>06/06/2017 07:17:08</b>	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO/ÔNIBUS. REFERE DOR EM CLAVÍCULA DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO, PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. A: VIA AÉREA PERVA + COLAR CERVICAL B: RESPIRAÇÃO EXPONTANEA E SIMÉTRICA C: SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO D: GLASGOW 15 E: DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA D. CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL + PARECER DA ORTOPEDIA + RAIO X DE CLAVÍCULA D

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO  
(10452/PB)

JOSE EDNALDO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE EDNALDO DA SILVA	Data de	18/01/1970	Idade	47	Sexo	MASCULINO	Nº	1005387	Nº		Data Prescrição	06/06/2017 09:09:08
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho					Leito			Prescrição válida a	06/06/2017 09:09:08

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

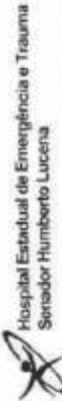
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 TENOXICAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO - AMPOLA)	1.0	MG		INTRAMUSCULAR		AGORA		

06 de Junho de 2017

Felipe Tavares SENA  
Despacho Pa e Tercineiro  
CRM 5349 DP

FELIPE TAVARES SENA  
CRM: 5349

Assinatura e Carimbo do Profissional



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE EDNALDO DA SILVA	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	18/01/1970	47	MASCULINO	1005387	Leito	06/06/2017 07:17:08
Setor							Prescrição válida a
							06/06/2017 07:17:08

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 PARECER ORTO	0.0							

06 de Junho de 2017

GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE  
CRM: 10452

Assinatura e Carimbo do Profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Jose Ednaldo da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.446.024 DATA DE EXPEDIÇÃO 11-1

NOME JOSÉ EDNALDO DA SILVA

EDUCAÇÃO Lourival Antonio da Silva  
Lucia Alves da Silva

Hamanoiras, PB. 18.01.1970  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nascimento Nº 26.224, Fls. 168, Liv. 24.4º Cart.

DOO ORIGEM João Pessoa, PB.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO AO CPF  
763251404 34

JOSÉ EDNALDO DA SILVA

18.01.70



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
DARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE 2627718 SEP SP	
CPF DATA NASCIMENTO 046.502.754-74 21/08/1982	
PERCEÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
PERMISSÃO B C/C E	
Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO 01851269660 14/01/2019 29/06/2001	
OBSERVAÇÕES	
<p><i>Alexandra Cesar Duarte</i> SIGNATÓRIA DO PORTADOR</p> <p>LOCAL DATA EMISSÃO JOAO PESSOA, PB 17/01/2014</p> <p><i>Rodrigo Carvalho</i> ASSINATURA DO EMISOR 66588356744 78027919595</p>	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Edmundo da Silva,  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Pedreiro, CI RG nº 1.446024,  
CPF/MF nº 768251179327-10 residente e domiciliado(a) à Rua  
Ailton Medeiros de Moraes Nº 421,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58015570, telefone  
99105.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,  
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

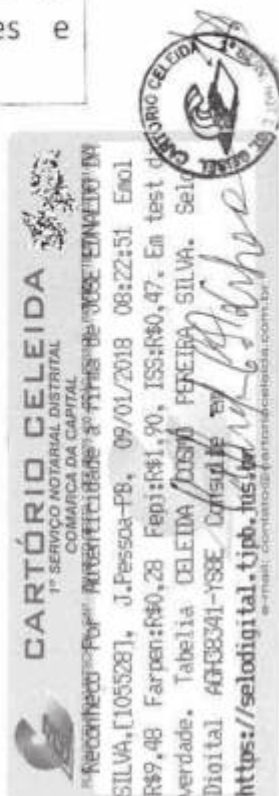
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO  
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações  
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar  
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias  
necessárias e apresentar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

João Pessoa, 09 de junho de 2018.

ICIO  
TAL

Jose Edmundo da Silva

OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464210/18

**Vítima:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**CPF:** 768.251.404-34

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 06/06/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE EDNALDO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE EDNALDO DA SILVA : 768.251.404-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464210/18

**Número do Sinistro:** 3190000879

**Vítima:** JOSE EDNALDO DA SILVA

**CPF:** 768.251.404-34

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 06/06/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE EDNALDO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA