



Número: **0800060-52.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **28/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.906,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANILO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31398730	09/06/2020 12:06	2724841_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vítima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183376**.

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 12725473

Pag. 00753/00754 - carta_01 - INVALIDEZ

00020377



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vítima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180183376**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.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

Pag. 01573/01574 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12750158



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vítima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

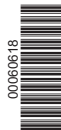
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180183376**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01235/01236 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13296528





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI: 706-215-534-36 CPF da Vítima: 706-215-534-36 Nome completo da vítima: CAMILA ALVES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: CAMILA ALVES DOS SANTOS CPF titular da conta: 706-215-534-36 Profissão: AUTÔNOMA
Endereço: RUA JOSEFA BARBOSA Número: 518 Complemento:
Bairro: PENHAS Cidade: BOA VISTA Estado: PARANÁ CEP: 83.240-000
Email: Telefone (DDD): (41) 999246322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (234) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0432 CONTA: 37222-8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: NPO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Camilla 12 de ABRIL de 2018
Local e Data

23 ABR 2018

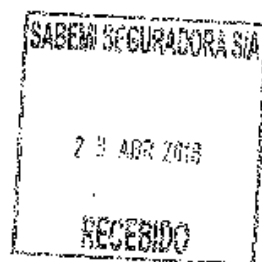
RECEBIDO

Suelio Moreira Torres
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF-001 V001/2017







SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Bca Esperança / Fone (031) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **09/04/2018** - Horário: **18h 00min**

Local do ocorrido: **BR 230, sentido Pombal a São Bentinho, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **11/04/2018 - 16h 14min**

COMUNICANTE: DANILO ALVES DOS SANTOS, alcunha //; Filiação: Daniel Guilhermino dos Santos e de Maria do Socorro Alves dos Santos; **Profissão:** autonomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/09/1995; **Endereço Residencial:** Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 3.901.007 - SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA POP, placa QFM7997/PB, NIV 9C2JB0100GR222881, cor VERMELHA, ano 2016/2016, licenciado (a) de nome de JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO, quando caiu ao chão devido alguma derrubagem no acostamento; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado(a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura no perna esquerda; Que apresenta como testemunha deste fato: KUELMAR ALVES DOS SANTOS, residente no(a) Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal e MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS, residente no(a) Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal - PB, 11 de abril de 2018.

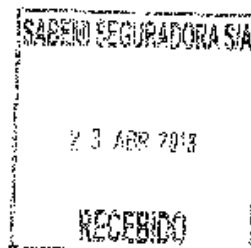
AUTORIDADE POLICIAL: Det. Pol. ANDERSON FONTES CAMPOS

COMUNICANTE: Danilo Alves dos Santos

Heremay R. Trigueiro
Escritório de Polícia
Mat. 156.597/1

Secretaria de Segurança
Pombal - Paraíba

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: DAMILO ALVES DOS SANTOS CPF da Vítima: 706.215.534-36 Data do Acidente: 29.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Endereço	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

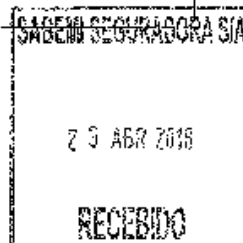
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Bomreal-PI, 12 de ABRIL de 2018
Local e Data

DAMILO ALVES DOS SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0AL2.001 V001/7017



								ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
						FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
CNES:	2582356A	CNPJ:	08.778.288/0004-03						
NOME:	HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO								
ENDEREÇO:	RUA CEL. JOAO LEITE								
CIDADE:	POMBAL	ESTADO:	PARAIBA	UF:	25				
Paciente:	DANILO ALVES DOS SANTOS								
Mãe:	MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS								
Nascimento:	21/09/1995	Idade:	22	Cor:	PARDA	Sexo:	M		
Profissão:	VENDEDORA(A)								
Endereço:	PROJETADA								
Bairro:	PEREIRÓS								
Cidade:	POMBAL - PB - 55840-000 - 2612-01	Identidade:							
CNS:		Reg. Nasc.:							
CPE:		Recepcionista:	BARBARA						
Data / Hora:	09/04/2018 07:28:39	Ficha Número:	53044						
Atendimento:	FRATURAS		16088						
SPO:	FC:	HGT:	GESTANTE:	SIM()	NAO()	SEMANAS:			
PESO:	PA:	TEMP:							
ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)									
<p>(P) e Tossido imflor (C)</p> <p>para quadro de malha</p> <p>para Fc malha malha (C)</p>									
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)									
Ao Paciente									
RESULTADOS									
Do malha malha (C)									

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO

DIAGNÓSTICO

Categoria: condição médica

CID-10:

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carlinhos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carlinhos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carlinhos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carlinhos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carlinhos

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Cassimiro Neto

Ass. Revisor Técnico - Carlinho

Ass. Revisor Administrativo - Carlinho

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

	1	2</
--	---	-----

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIELO ALVES DOS SANTOS

RG nº 2901007, data de expedição 21/06/13, Órgão SEDEPA,

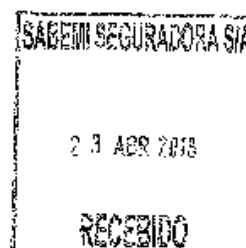
CPF nº 706.815.554-16, venho perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSÉ DE AZEVEDO</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>POMBAL</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 949746322 (81) 981939766</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL - PA, 12.04.2018

Assinatura do Declarante: Daniel Alves dos Santos



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DE JAGUARIBE
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-570 - CNPJ: 09.123.456/0001-27

DATA CRIAÇÃO DO BOMBA
INSCRIÇÃO NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

AQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BELA CUL DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO
PETROPOLIS POMBAI - PB 58840-100

Inscrição	SAN	Quantidade de Economias				Responsável
12.004.115.0005.000	000	0	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
117W649254	23/01/2018	CA PLACH	LIGADO	POTENCIAL		

INTERIOR / ATUAL / CONSUMO (M3) / DIA DE DIA / PROXIMA LETURA

1	5	4	16	07/03/2018		
TEST. DE CONS. FATOR. LET. I QUALQ. DA ÁGUA-DESGOTO 2.914/201						
JAN/2018	10	0	PARÂMETROS	5-16	ANÁLIS.	CONFORMES
FEV/2017	20	0	TURBIDZ	40	48	46
NOV/2017	10	0	COLOR	46	46	46
OUT/2017	10	0	COL. TERHOT	0	0	0
SET/2017	10	0	COR	10	33	33
AGO/2017	10	0	COL. TOTAIS	46	46	46
MEDIA(H)	28	DADOS RELACIONTES A: 01/02/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 08/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:47

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
CONSUMO 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	65,74
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE 12,76% DE DESCONTOS E CONFIRM. LLI 12.76% 17

VENCIMENTO: 23/02/2018

Total a Pagar:

R\$ 65,74



CONDIÇÃO DE LETURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES ÚTEIS:

acompanhe com esta sendo aplicado seu diâmetro

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2018

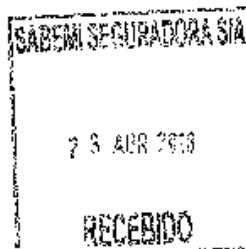
VENCIMENTO

23/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 65,74

DEBITO AUTOMATICO





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES CAMPOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CAMILA ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.215.534 / 36, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima CAMILA ALVES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.215.534 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 026.16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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.

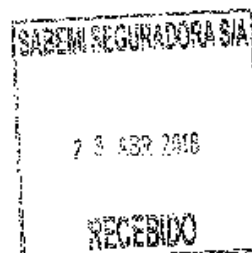
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA DULCE ROSA DA SILVA ALMEIDA</u>		Número <u>219</u>	Complemento <u>CENTRO</u>
Bairro <u>PETROPOLIS</u>	Cidade <u>SMERALDA</u>	Estado <u>PARANÁ</u>	CEP <u>55.240-000</u>
E-mail <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(85) 999796322</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 989488266</u>

SMERALDA 12 de ABRIL de 2016
Local e Data

Jacques Campos Wanderley

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA	IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL	EXERCÍCIO 2019 ANO CALENDÁRIO 2018

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELAS DEDUÇÕES LÍQUIDAS
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE:

CPF do declarante	Nome do declarante	Tempo
000.000.000-00	JACQUES FARIAS WANDERLEY	000.000.000
Endereço	Nome	Complemento
RUA TAPILIM JORI, MEIRA DE OLIVEIRA	JOE	CASA
Bairro/Cidade	UF	
PETROPOLIS RJ	RJ	

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁRIOS

(valores em R\$)

0,00

IMPOSTO DE RENDA

0,00

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

VALOR DO IMPOSTO A PAGAR

0,00

IMPOSTO A RECEBER

0,00

QUOTA DE CAPITAL - MÚLTIPLO EM ESPÉCIE

0,00

PAGUEMENTO (NÚMERO DE QUOTAS EM ESPÉCIE)

NÚMERO DE QUOTAS

VALOR DA QUOTA

CONFIDENCIAL



CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet, pelo Agente Recebedor SEFAPTO, em 25/04/2019 às 18:51:05
 1454170111

3580150111

Página 1 de 2



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO**, RG nº 3326061, data de expedição 20/05/2005, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.752.894-57, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Vieira, nº 145, Novo Horizonte, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **DANILO ALVES DOS SANTOS**, cujo o condutor era **DANILO ALVES DOS SANTOS**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / POP 1101

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFM 7997/PB

Chassi: 9C2JB0100GR222881

Data do Acidente: 09/04/2018

Local e Data: POMBAL-PB, 12/04/2018.



Joachim Fernandes da Silva Neto
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
NOT. TÁB. CAR. E. CAR. DE QUEIROGA
Sub. ANDRÉ LUIZ DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO.
Em testemunha do que verdadeiramente é de: POMBAL-Paraíba, treze de abril de dois mil e dezoito.
SN1025X
Sem Dúvida de Realização Tido Notaria: R-ADT70010-584W
Confirma os dados do ato em: Pombal-Paraíba, 12/04/2018
EMOL. R\$ 11,28 FAPEN R\$ 11,28 FPPJ R\$ 0,00
VALIDO SOMENTE PARA SELAR AUTENTICIDADE

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
NOTAS E PROTESTOS - POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto



SUS



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.288/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAI SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAI ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Paciente: DANILLO ALVES DOS SANTOS

Mae: MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS

Nascimento: 21/09/1995 Idade: 22 Cor: BRANCA

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: PROJETO AVA

Bairro: PEREIRAS

Cidade: POMBAI - PB - 50840-000 - 2612101

CNS: 703-8029-9438-7585

Reg. Nasc.: Identidade: 39010007

CPF: Recadastrista: FATIMA

Data / Hora: 11/04/2019 13:28:12

Atendimento: FRATUTURA

SERVO: GESTANTE: SIM / NÃO / SEMANAS

HEMO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente apresenta-se bem, sem dor, sem febre, sem tosse, sem dispnéia.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames de sangue (E), Exames de urina (E).

RESULTADOS

Exames de sangue: Hemograma, Coagulograma.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E 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 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

RECEBIDO

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	030	40	10	09	2
2.					
3.	22	32	70		22

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carimbo

Médico / Cfm / Cns

DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 111-1111-1111

Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Ass. Revisor Técnico - Carimbo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

Postar Direto

CBO



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

Hospital Regional de Pombal

Senador "RUI CARNEIRO"

Nome:

Daniel Alay dos Santos

Parente próximo de
acidente de moto com
trauma em tornozelo
e quadril. Ao exame

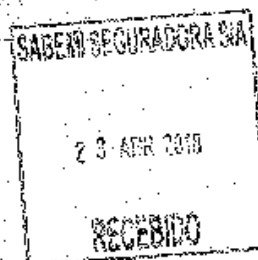
Don a palpção de
moleculo medial e Edema
Re e Quadril moleculo medial

Dr. José Castilho Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 100.000.000.000.000.000

Data: 09/24/18

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"





Santa Cecília
CENTRO DE DIAGNÓSTICO



P/ DANILLO ARVEL DOS SANTOS

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORÇAMENTO E PREÇOS

LAUDO MÉDICO
AO 1155

CAD 10:
5825



ATESTO PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA
QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI SUBMETIDO
A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
MÚLTIPO MÊDIO ELEVADO. CIRURGIA HÁ
± 4 MESES. FRATURA DEVIDO A ACIDENTE DE
MOTO. (09/04/18). AO EXAME: LIMITES
DE DENSIFICAÇÃO DO TUMORESCER ELEVADO, FEN-
DA OPERATÓRIA CIRCUNSCRITA, EDEMA RESI-
DUAL. RADIOGRAFIA: MÔDULO DE POSI-
CIONAMENTO / FRATURA CORIOURNA. METABOLISMO
LEVE ALTERAÇÃO NA VIDA DIÁRIA. ALTA
MÉDICA.

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORÇAMENTO E PREÇOS

Rua Padre Sandoval Ferrer, S/N
Centro - São Bento / PB
Fone: (83) 3444-2946 / 9.9989-0237
@santaceciliash @Clin Santa Cecília sh

Rua Coronel João Carneiro, 368
Centro - Pombal / PB
Fone: (83) 3431-2020 / 9.9989-0097
@santaceciliapombal Santa Cecília Pombal

Rua Venâncio Neiva, 283
Centro - Catolé do Rocha / PB
Fone: (83) 3441-3567 / 9.9820-9114
@clinicasantaceciliacatole



PRIMEIRA-AUTOPASSAGEM

Nome: DANILLO ALVES DOS SANTOS

Localidade / Domicílio: 5001007 SÃO JOSÉ - PE

CPF: 706.215.554-56 **Data Nascimento:** 21/09/1995

Nome: DANIEL GUILHERME DOS SANTOS

Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS

Permissão: ☒ **Permissão:** ☒ **Permissão:** ☒

Validade: 28/06/2017

Local: POMBAL, PE **Data Emissão:** 21/06/2017

Assinatura: *[Assinatura]* **84888968730** **PE024127130**

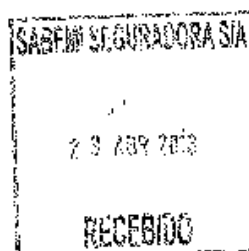
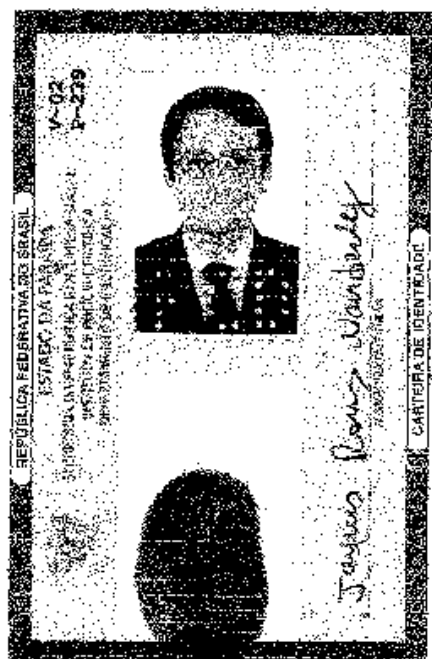
PARA: BA

SABEM SEGURADORA S/A

23 ABR 2018

RECEBIDO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESENHA SERIAL	2.428.326 - 2 VEA
DATA DE EXPIRAÇÃO	01/07/2014
NOME	JACQUES RAMOS WANDERLEY
ENDEREÇO	AMINIAS DANTAS WANDERLEY RUA AMINIAS RAMOS WANDERLEY
NATURALIDADE	POREAL-PR
DATA DE NASCIMENTO	06/08/1980
ODC ORIGEM	CASAM N. 10726 ELE 248 LIV. B-28
LOCAL	CARTÓRIO. POREAL-PR
CPF	032.976.134-08
15882119 DE JANEIRO	



RECEBIDO

Número do documento: 20060912065267900000030120514

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR TULIO ALBERTO, FRATURA (TORNOZELO E) FRATURA CONSOLIDADA E SEM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, EM ALTA DEFINITIVA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR TULIO ALBERTO, FRATURA (TORNOZELO E) FRATURA CONSOLIDADA E SEM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, EM ALTA DEFINITIVA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

