



11/06/2020

Número: **0802133-94.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, CNH - Carteira Nacional de Habilitação**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA (AUTOR)		RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31476624	11/06/2020 13:58	Contestação	Contestação
31476635	11/06/2020 13:58	2724842_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
31476637	11/06/2020 13:58	2724842_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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,

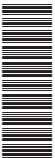
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14341367

Pag. 01395/01396 - carta_01 - INVALIDEZ

00020698





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 00323/00324 - carta_03 - INVALIDEZ

00060162



Carta nº 14341377





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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Documentação médico-hospitalar

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

Pag. 00453/00454 - carta_03 - INVALIDEZ

00070227



Carta nº 14552053





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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Pag. 00287/00288 - carta_16 - INVALIDEZ

00020144



Carta nº 15329896





PEDIDO DO SEGURO DPV

Autorização de pagamento

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:
	302.830.934-32	Francisco de Sousa Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Francisco de Sousa Pereira	302.830.934-32	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Rua Profeta	511
Bairro:	Cidade:	Estado:
Colipema	Pombal	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
rhaniel20538@gmail.com	58840-000	(83) 999283795

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)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 29805
(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 (assinale 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 (ou Cível) ☐ Divorçado ☐ 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:
		Falecidos:
		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, 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.

Impressão do local da vítima ou beneficiário	Local e Data:
	Nome: Francisco de Sousa Pereira
	CPF: 302.830.934-32
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	x Francisco de Sousa Pereira
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª 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.

FPS.001 V001/2018





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento



T

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO DE SOUSA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.635.145 EXPEDIDO POR SSRS EM 28/10/2009CPF 302830934-32 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00029805-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pomonal, 26 de junho de 2019 Francisco de Sousa Pereira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580102700000030191681>

Número do documento: 20061113580102700000030191681

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 259/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 05/04/2019 – por volta de 12:50 horas

Local do ocorrido: BR 230, próximo a rodoviária de Pombal-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 17/04/2019 – 09:45Horas

Boletim de ocorrência



COMUNICANTE: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA – RG 3.615.145 SSP-PB / CPF 102.830.934-12 brasileiro, união estável, natural de Pombal-PB, pescador, nascido em 15/04/1991, filho de Manoel Bomfim Pereira de Jesus e Francisca Soares de Sousa, residente na Rua João Kenedy de Araújo, s/n, Bairro Altiplano - Pombal -PB //; Telefone: 83 999176212

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD – ANO 2011/2011 – COR PRETA – PLACA OEY 7669/PB – CHASSI: 9C2KC1650BR555970, licenciada em nome de Francisco de Assis M. de Castro; Que trafegava na BR 230 próximo a rodoviária, quando colidiu com a viatura da polícia militar que fazia uma conversão na BR; Que do acidente veio a cair da motocicleta e consequentemente sofreu fratura na sua perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi atendido, imobilizado e em seguida liberado; Que ainda vai fazer avaliação com o ortopedista para verificar a necessidade de se fazer cirurgia; Que tem conhecimento do fato a pessoa de MARIA DO SOCORRO DA SILVA FILHA, CPF 051.033.654-05, residente a Rua João Kenedy de Araújo, s/n, Bairro Altiplano - Pombal -PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de abril de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Francisco de Sousa Pereira

Test. Maria do Socorro da Silva Filha

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

Comprovação de ato declaratório



VISTO
[Assinatura]
Comandante 2ª CBM/6ª BBM

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM
Matr. 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 012/2019

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 12h51min do dia 05 de abril do ano de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR-230 em frente ao Terminal Rodoviário, bairro Santa Rosa, Pombal-PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 12h51min#####

RELATO DO EVENTO: Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**, que era condutor da moto e colidiu com uma Viatura da Polícia Militar. A vítima se encontrava ao solo em posição de decúbito dorsal com suspeita de fratura fechada de fíbula em membro inferior direito. A vítima estava consciente e orientada com sinais vitais preservados. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE#####

SOCORRISTAS: CB BM MATR. 527.414-1 **MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE**
SD BM MATR. 527.439-7 **NIELITON RENAN SILVA DE MENEZES**
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO GALDINO AMORIM**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA RG: 3615145-SSDS/PB.

Pombal, 15 de abril de 2019.

[Assinatura]
Antonio Anderson Lucena Ribeiro
1º Ten - QOBM
Mat. 527.317-0
GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ªBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

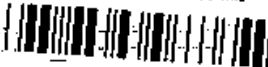
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - C

Declaração de Inexistência de IML



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

Francisco de Souza Pereira

CPF da Vítima

102.830.934-52

Data do Acidente

15/04/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 de 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 me 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.

Pombal, 13 de abril de 2019

Local e Data

Francisco de Souza Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Francisco de Sousa Pereira

RG nº 3.635.145, data de expedição 27/12/07 Órgão SSDS/PB,

CPF nº 302.830.934-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

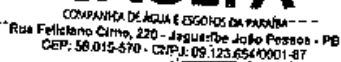
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetada 05</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>Rua</u>
Bairro	<u>Altiplano</u>
Cidade	<u>Pombal</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99928-3795</u>
E-mail	<u>rohaniel20538@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: x Francisco de Sousa Pereira





71611507

~~REFERENCE~~
ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICIOS

MARIA DO SOCORRO DA SILVA FILHA
 RUA PROJETADA 05, SN - ALTIPLANO I POMBAI PB
 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Básica	Cozinha	Industria	Banheiro	
117-1105-927-0115-1111	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N623E42	11/02/2016	INT. LAZARIM, 1111-1111	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
37	37	12	29	11/05/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. E QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	12	30	PARÂMETROS EXIG. ANALIS.	CONFORMES		
FEV/2019	12	30	TURBIDEZ	0	0	0
JAN/2019	12	30	CLORO	0	0	0
DEZ/2018	12	30	COL. TERMOT	0	0	0
NOV/2018	12	30	COR	0	0	0
OUT/2018	12	30	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(H)	12		DADOS REFERENTES A: FEV/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 14:50:07

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSULTO	TOTAL(R\$)
1	1000
2	2000
3	3000
4	4000
5	5000
6	6000
7	7000
8	8000
9	9000
10	10000
11	11000
12	12000
13	13000
14	14000
15	15000
16	16000
17	17000
18	18000
19	19000
20	20000
21	21000
22	22000
23	23000
24	24000
25	25000
26	26000
27	27000
28	28000
29	29000
30	30000
31	31000
32	32000
33	33000
34	34000
35	35000
36	36000
37	37000
38	38000
39	39000
40	40000
41	41000
42	42000
43	43000
44	44000
45	45000
46	46000
47	47000
48	48000
49	49000
50	50000
51	51000
52	52000
53	53000
54	54000
55	55000
56	56000
57	57000
58	58000
59	59000
60	60000
61	61000
62	62000
63	63000
64	64000
65	65000
66	66000
67	67000
68	68000
69	69000
70	70000
71	71000
72	72000
73	73000
74	74000
75	75000
76	76000
77	77000
78	78000
79	79000
80	80000
81	81000
82	82000
83	83000
84	84000
85	85000
86	86000
87	87000
88	88000
89	89000
90	90000
91	91000
92	92000
93	93000
94	94000
95	95000
96	96000
97	97000
98	98000
99	99000
100	100000

ADDA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3. - 37,91 POR UNIDADE

ESGOTO

4. 104. 1. 5

ALRESCIMO(S) HES(ES) ANT. 02/2019
JURIS DE MORA 02/2019

RECEIVED BY NDRA 02/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4.41 BIL E CONTINUA LET 12 241/12
VENCIAMENTO: Total R\$

VENCIMENTO:

24/04/2019

Total a Pagar:

R\$ 48,81

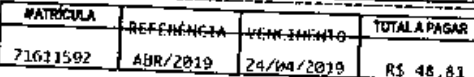


CONDIÇÃO DE LITURA: REALIZADA

CONDICÃO DO JATURAMENTO: MEDIA DO HONORARÍO TIPO DE TARIFA: 3

1. IN: ORAÇÕES GERAIS:

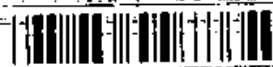
ABRIL VERDE: #CHEGADEACIDENTEDETRABALHO.



9241000000 7 48810010112 7 07161159201 6 04201900003 5



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Francisco de Assis Mendes de Castro,

RG nº 1.367.895, data de expedição 26/11/13,

Órgão SSDS/PR, portador do CPF nº 147.743.838-64, com

domicílio na cidade de POMBAL, no Estado de

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

RUA AFONSO COELHO MOTA; QUILO SANTO AMARO, nº 71,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco de Sousa Pereira, cujo o condutor era

Francisco de Sousa Pereira.

Veículo: motocicleta

Modelo: CG 150 Titan

Ano: 2011

Placa: OEY 7669

Chassi: 9C2KC1650BR555970

Data do Acidente: 15/04/2019

Local e Data: Pombal,



JOANA D'ARC AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Assinatura do Declarante

x Francisco de Sousa Pereira

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 483 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - e-mail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de FRANCISCO
DE ASSIS MENDES DE CASTRO e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 28/04/2019.

JOANA D'ARC AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AIN24824-H0EQ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Joana D'arc E. de Queiroga,
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53





 ESTADO DA PARAÍBA Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO" SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS		 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE		Data de Emissão: _____	
Nome do Paciente: <u>Fernando Gomes Pereira</u>			Documento de Identificação: _____		
Filiação: _____		Data de Nascimento: _____		Município: _____	
Endereço do Paciente: _____					
Motivo da Solicitação: <u>Problema de pele - Tumor</u>					
Procedimento Solicitado: <u>Ablação do Tumor</u>			Código: _____		
Prescrição Solicitante Data: <u>10/04/19</u>		Autorização Data: _____		Senha da Central de Marcação de Consulta: _____	
Unidade Solicitante: _____		Unidade Prestadora: _____		Código: _____	
Data e hora da Realização do Procedimento: _____		Assinatura do Usuário: _____			
Assinatura e Carimbo do Prestador: _____		Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado →			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Francisco de Sousa Pereira

COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1993 IDADE: 26 SEXO: M

NOME DA MÃE: Francisca Soares de Sousa PROFISSÃO: Pescador

CARTÃO DO SUS: 706 8058 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Carlos Kenedy

ESTADO: PR CEP: 55850-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 05/04/2019

SINAIS VITAIS:

PA: 120x70 SPO: 96% FC: 101 R: _____ HGT: 1,31 m

MEDICAÇÃO EM USO: Yasmin

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

paciente vítima de acidente automobilístico e sofreu com um MIO
na região da cabeça e do pescoço, com fratura da base do crânio, com lesão
na medula cervical, com lesão da medula e dos nervos da região da cabeça e do pescoço.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: RX de MIO

RESULTADOS: fratura na região da medula

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Paracetamol 1g 0/0/1 + MIO 15/00

2° Cefazolin 2g 0/0/1 + MIO 15/00

3° Sulfamida 3.0 0/0/1 + MIO 15/00

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

19° _____

20° _____

Israyane Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 001 189.270

Dr. Ronaldo A. Calado
Médico
CRM-PB 12050



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/GD: _____

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Em 15.05.2020, deu entrada conduzido pelo E.P., vítima acidente moto, apresentando dor em MTD e lesão constante, foi realizado sutura e RX. os exames fratura distal da

ASS./COREN: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA: _____

CONSULTA BÁSICA (PAD): _____

CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Eulane da S. Teixeira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Francisco de Souza
P. P. Silva portador do RG _____

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de (60) dias dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





GOVERNO
DA PARAÍBA

-GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAI
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Fernando do Espírito

P. Carneiro

portador do RG

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas.

Sendo portador da infecção CID-10

S82.2

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas

por um período de (60) dias dias, a partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2014

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

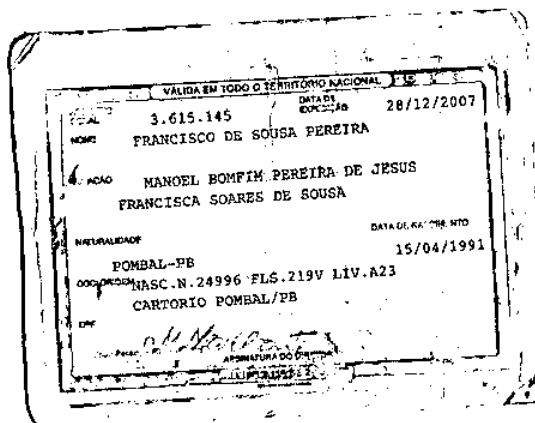
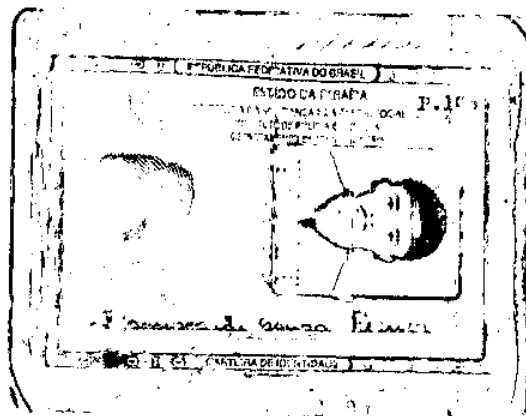
Eu, _____, autorizo o

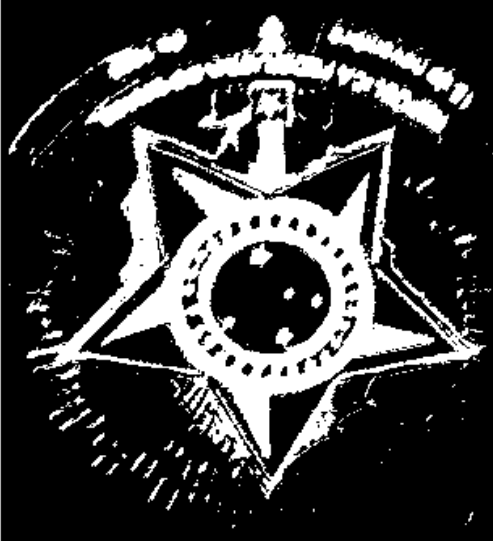
Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de inscrição
102.830.934 - 12
Nome
FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Nascimento
18/04/1981



DUT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 9910114564 VIA 358534151 2012 09 0007084 2012 358534151 000000000 2012			
FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO 14774383864 NOVO 2012 06 145 2012 358534151 000000000 2012			
HONDA/CG 150 TITAN ESD 2011 2011 2 P/149 /C1 PARTIC PRETA COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º P PVA PAGO EM 06/11/2012 2º V FAIXA LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS 3º A ***** 0			
PREMIO TOTAL (R\$) 358534151 000000000 2012 SEGURO DPVAT 06/11/2012 MOVENDO PARA TRANSFERENCIA POMBAL 358534151 000000000 2012 14214			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OU POR SUA CARGA) A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT PB Nº 9910114564 BILHETE DE SEGURO DPVAT FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO 14774383864 0EY7669/PB BILHETE DE SEGURO DPVAT PB Nº 9910114564 2012 06 145 2012 FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO 14774383864 PREMIO TOTAL (R\$) 358534151 000000000 2012 SEGURO DPVAT 06/11/2012 MOVENDO PARA TRANSFERENCIA POMBAL 358534151 000000000 2012 14214			

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA
PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Outros



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

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 protocoladas 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: 10/05/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Francisco de Sousa Pereira
Data do Acidente: 05/04/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 102.830.934-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidadez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Francisco de Sousa Pereira
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 102.830.934-12
E-mail: rhaniel50538@gmail.com Tel.: 03 3431.2035
Data: 03/04/19 Assinatura: Francisco de Sousa Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

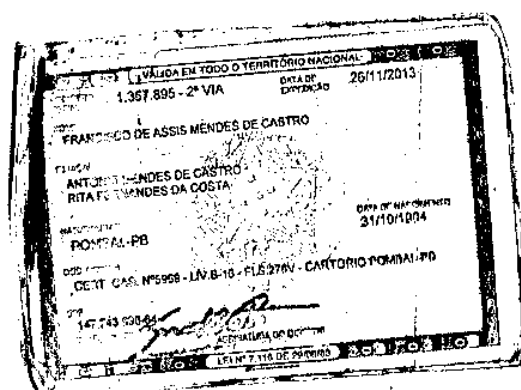
Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC Correios
Atendente: Reyane Honorata de S. Oliveira Matrícula: 8478064-9
Data: 03/04/19 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580102700000030191681>

Número do documento: 20061113580102700000030191681





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOL

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA E SUPLENTE)

☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Data do Acidente: 05/04/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 102.830.934-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

RECEBIDO

28 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptas médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 102.830.934-12
E-mail: francisco20538@gmail.com Tel.: (53) 999283395
Data: 26/06/19 Assinatura: Francisco de Sousa Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AL POMBA
Atendente: ANNA DEABREU LINHART DAVES QUINOSA Matrícula: 84784930
Data: 26/06/19 Assinatura: Anna



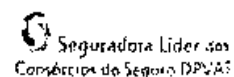
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580102700000030191681>

Número do documento: 20061113580102700000030191681

Num. 31476635 - Pág. 26

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Número do Sinistro: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

Autorização de pagamento

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: 04/07/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318626 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO. PAG 2/3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Número do Sinistro: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

Autorização de pagamento

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 cancela 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: 04/07/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

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: 10/05/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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,

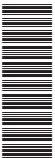
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14341367

Pag. 01395/01396 - carta_01 - INVALIDEZ

00020698





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 00323/00324 - carta_03 - INVALIDEZ

00060162



Carta nº 14341377



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580152700000030191682>

Número do documento: 20061113580152700000030191682

Num. 31476637 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Documentação médico-hospitalar

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

Pag. 00453/00454 - carta_03 - INVALIDEZ

00070227



Carta nº 14552053





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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

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

Pag. 00287/00288 - carta_16 - INVALIDEZ

00020144



Carta nº 15329896





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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: 302.830.934-32 Nome completo da vítima: Francisco de Sousa Pereira

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

Nome completo: Francisco de Sousa Pereira CPF: 302.830.934-32

Profissão: _____ Endereço: Rua Profeta Número: 511 Complemento: Rua

Bairro: Altiplano Cidade: Pombal Estado: PE CEP: 58840-000

E-mail: thomaz20538@gmail.com Tel.(DDD): (83) 999283795

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO 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: 0732 CONTA: 29805 2

(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 (assinale 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Impressão do local e data: _____

Nome: Francisco de Sousa Pereira

CPF: 302.830.934-32

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Francisco de Sousa Pereira

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.

FPS.001 V001/2018







Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDE

Autorização de pagamento



T

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO DE SOUSA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.635.145 EXPEDIDO POR SSRS EM 28/10/2009CPF 302830934-32 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00029805-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pombal, 26 de junho de 2019 Francisco de Sousa Pereira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580152700000030191682>

Número do documento: 20061113580152700000030191682

Num. 31476637 - Pág. 7

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 259/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 05/04/2019 – por volta de 12:50 horas

Local do ocorrido: BR 230, próximo a rodoviária de Pombal-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 17/04/2019 – 09:45Horas

Boletim de ocorrência



COMUNICANTE: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA – RG 3.615.145 SSP-PB / CPF 102.830.934-12 brasileiro, união estável, natural de Pombal-PB, pescador, nascido em 15/04/1991, filho de Manoel Bomfim Pereira de Jesus e Francisca Soares de Sousa, residente na Rua João Kenedy de Araújo, s/n, Bairro Altiplano - Pombal -PB //; Telefone: 83 999176212

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD – ANO 2011/2011 – COR PRETA – PLACA OEY 7669/PB – CHASSI: 9C2KC1650BR555970, licenciada em nome de Francisco de Assis M. de Castro; Que trafegava na BR 230 próximo a rodoviária, quando colidiu com a viatura da polícia militar que fazia uma conversão na BR; Que do acidente veio a cair da motocicleta e consequentemente sofreu fratura na sua perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi atendido, imobilizado e em seguida liberado; Que ainda vai fazer avaliação com o ortopedista para verificar a necessidade de se fazer cirurgia; Que tem conhecimento do fato a pessoa de MARIA DO SOCORRO DA SILVA FILHA, CPF 051.033.654-05, residente a Rua João Kenedy de Araújo, s/n, Bairro Altiplano - Pombal -PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de abril de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Francisco de Sousa Pereira

Test. Maria do Socorro da Silva Filha

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





116

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

Comprovação de ato declaratório



VISTO
[Assinatura]
Comandante 2ª CBM/6ª BBM

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM
Matr. 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 012/2019

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 12h51min do dia 05 de abril do ano de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR-230 em frente ao Terminal Rodoviário, bairro Santa Rosa, Pombal-PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 12h51min#####

RELATO DO EVENTO: Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**, que era condutor da moto e colidiu com uma Viatura da Polícia Militar. A vítima se encontrava ao solo em posição de decúbito dorsal com suspeita de fratura fechada de fíbula em membro inferior direito. A vítima estava consciente e orientada com sinais vitais preservados. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE#####

SOCORRISTAS: CB BM MATR. 527.414-1 **MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE**
SD BM MATR. 527.439-7 **NIELITON RENAN SILVA DE MENEZES**
SD BM MATR. 526.065-5 **LEANDRO GALDINO AMORIM**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA RG: 3615145-SSDS/PB.

Pombal, 15 de abril de 2019.

[Assinatura]
Antonio Anderson Lucena Ribeiro
1º Ten - QOBM
Mat. 527.317-0
GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ªBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

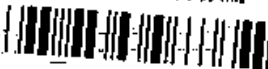
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - C

Declaração de Inexistência de IML



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

Francisco de Souza Pereira

CPF da Vítima

102.830.934-52

Data do Acidente

15/04/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 de 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 me 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.

Pombal, 13 de abril de 2019

Local e Data

Francisco de Souza Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580152700000030191682>

Número do documento: 20061113580152700000030191682

Num. 31476637 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Francisco de Sousa Pereira

RG nº 3.635.145, data de expedição 27/12/07 Órgão SSDS/PB,

CPF nº 302.830.934-12, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

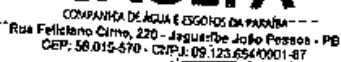
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetada 05</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>Rua</u>
Bairro	<u>Altiplano</u>
Cidade	<u>Pombal</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99928-3795</u>
E-mail	<u>rohaniel20538@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: x Francisco de Sousa Pereira





71611597

REFERENCE
ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICIOS

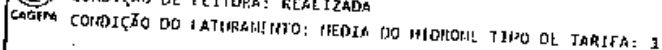
MARIA DO SOCORRO DA SILVA FILHA
 RUA PROJETADA 05, SN - ALTIPLANO I POMBAI PB
 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Básica	Cozinha	Industria	Outros	
117-1105-927-1115-1111	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N623E42	11/02/2016	INT. LAZARIM, 1115-1111	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
37	37	12	29	11/05/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	12	30	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
FEV/2019	12	30	TURBIDEZ	0	0	0
JAN/2019	12	30	CLORO	0	0	0
DEZ/2018	12	30	COL. TERMOT	0	0	0
NOV/2018	12	30	COR	0	0	0
OUT/2018	12	30	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(H)	12		DADOS REFERENTES A: FEV/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/04/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 14:50:07
DESCRIÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
AGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	
10 M3 - 10,48 POR M3	37,91
ESGOTO	
2 M3 - 9,78 POR M3	9,78
ALUGUELO(S) MES(ES) ANT. 02/2019	0,95
JUROS DE MORA 02/2019	0,17

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4.41 BIL E CONTINUA FOL 12 241/12

VENCIMENTO:	24/04/2019	Total a Pagar:	R\$ 48.81
-------------	------------	----------------	-----------



INFORMAÇÕES GERAIS:

ABRIL VERDE: #CHENGADEACIDENTEDETRABALHO

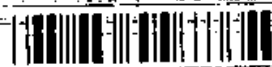


MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71611592	ABR/2019	24/04/2019	R\$ 48,81

92610000007 48810010112 7 07161159201 6 04201900003 5



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Francisco de Assis Mendes de Castro,
RG nº 1.367.895, data de expedição 26/11/13,
Órgão SSDS/PP, portador do CPF nº 147.743.838-64, com
domicílio na cidade de POMBAL, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA AFONSO COELHO MOTA; QUAILO SANTO AMARO, nº 71,
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 Francisco de Sousa Pereira, cujo o condutor era
Francisco de Sousa Pereira.

Veículo: motocicleta
Modelo: CG 150 Titan
Ano: 2011
Placa: OEY 7669
Chassi: 9C2 KC 1650 BR 555970
Data do Acidente: 15/04/2019
Local e Data: Pombal,



JOANA D'ARC AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Assinatura do Declarante

x Francisco de Sousa Pereira

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 483 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - e-mail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de FRANCISCO
DE ASSIS MENDES DE CASTRO e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 28/04/2019.

JOANA D'ARC AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AIN24824-H0EQ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Joana D'arc E. de Queiroga,
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53



SUS ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNIES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

FRANCISCA DE SOUSA PEREIRA

Idade: 15/04/1991 Idade: 27 Cor: PARDA Sexo: M

PESCADOR(A)

SITIO FLORES

ZONA RURAL

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

706-8052-4506-2020

Reg. Nasc.: Fone: (83)9991-7621

Recepção: MARIA DA CONCEICAO

Atendimento: 08/04/2019 10:17:35 N Ficha: 85191 N Prontuario: 7890

FRATURA

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Quanto a história de fratura exposta com fratura de 05/04/19 Foi atendido e não encaminhado para serviço de referência 141351 (SIC)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Realiza sutura de ferimento, em fratura e liberação de mobilização (tala com H12)

RESULTADOS

1. H. 200 de curar em defesa de tala (D)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Quanto quanto ao tipo de complicação a respeito de infecção por não ter recebido a medicação adequada

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

PARÂTER DO ATENDIMENTO

01 - Com 17 h. para a

02 - ATB por caso

PROCEDIMENTO Descrição

01 - tala

DIAGNÓSTICO

FX Exposta

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO OUTRO HOSPITAL RESIDÊNCIA ÓBITO INTERNAÇÃO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-	0	3	0	1	0	1	0	0	7	2
2-										
3-	2	2		5	2		7			27

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Crm / Cns

JOSE CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polgar Direito

Erilane da S. Zaccaria

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



 ESTADO DA PARAÍBA Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO" SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS		 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE		Data de Emissão: _____	
Nome do Paciente: <u>Francisco Gomes Pereira</u>			Documento de Identificação: _____		
Filiação: _____		Data de Nascimento: _____		Município: _____	
Endereço do Paciente: _____					
Motivo da Solicitação: <u>Problema de dor no Tórax.</u>					
Procedimento Solicitado: <u>Atendimento do Otorrinolaringologista</u>			Código: _____		
Prescrição Solicitante Data: <u>10/04/19</u>		Autorização Data: _____		Senha da Central de Marcação de Consulta: _____	
Unidade Solicitante: _____		Código: _____		Unidade Prestadora: _____	
Data e hora da Realização do Procedimento: _____		Assinatura do Usuário: _____			
Assinatura e Carimbo do Prestador: _____		Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado →			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Francisco de Sousa Pereira

COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1993 IDADE: 26 SEXO: M

NOME DA MÃE: Francisca Soares de Sousa PROFISSÃO: Pescador

CARTÃO DO SUS: 706 8058 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Carlos Kenedy

ESTADO: PE CEP: 55850-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 05/04/2019

SINAIS VITAIS:

PA: 120x70 SPO: 96% FC: 101 R: _____ HGT: 1,31 m

MEDICAÇÃO EM USO: Yasmin

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

paciente vítima de acidente automobilístico e sofreu com um MIO
na região da cabeça e do pescoço, com fratura da base do crânio
Apresenta lesões contusas na região da cabeça e do pescoço

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: RX de MIO

RESULTADOS: fratura na região da cabeça

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Paracetamol 1g 0/0/1 + MIO 15/00
- 2° Ceftriaxona 2g 0/0/1 + MIO 15/00
- 3° Sulfato de Cloxacilina 3.0 x 4h + MIO 15/00
- 4° _____
- 5° _____
- 6° _____
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____

Israyane Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 001 189.270

Dr. Ronaldo A. Calado
Médico
CRM-PB 12050

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/GD: _____

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Em 15.05.2020, deu entrada conduzido pelo E.P., vítima acidente moto, apresentando dor em MTD e lesão constante, foi realizado sutura e RX. os exames fratura distal ulna

ASS./COREN: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA: _____

CONSULTA BÁSICA (PAD): _____

CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

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

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S) _____

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL _____

OU POLEGAR DIREITO

Eulane da S. Teixeira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO _____

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Francisco de Souza
de Souza portador do RG _____

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de (60) dias dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





GOVERNO
DA PARAÍBA

-GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAI
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Fernando do Espírito
P. Carneiro portador do RG _____

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas.
Sendo portador da infecção CID-10 S82.2

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de (60) dias dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2014

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

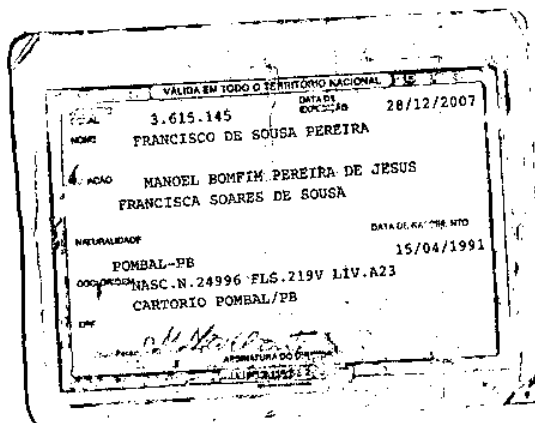
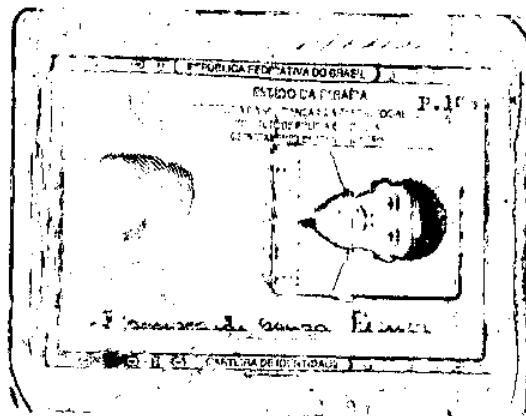
Assinatura e Carimbo do Médico

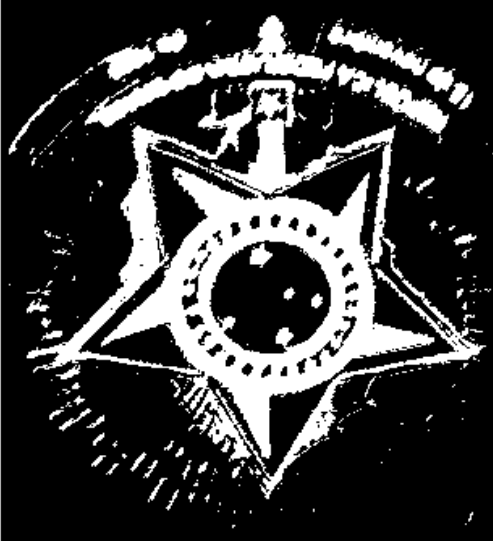
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Número de inscrição
102.830.934 - 12
Nome
FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Nascimento
18/04/1981





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0158496/19

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Data do acidente: 05/04/2019

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA
PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

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 protocoladas 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: 10/05/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Francisco de Sousa Pereira
Data do Acidente: 05/04/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 102.830.934-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidadez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Francisco de Sousa Pereira
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 102.830.934-12
E-mail: rhaniel50538@gmail.com Tel.: 03 3431.2035
Data: 03/04/19 Assinatura: Francisco de Sousa Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC Correios
Atendente: Reyane Honorata de S. Oliveira Matrícula: 8478064-9
Data: 03/04/19 Assinatura: [Assinatura]

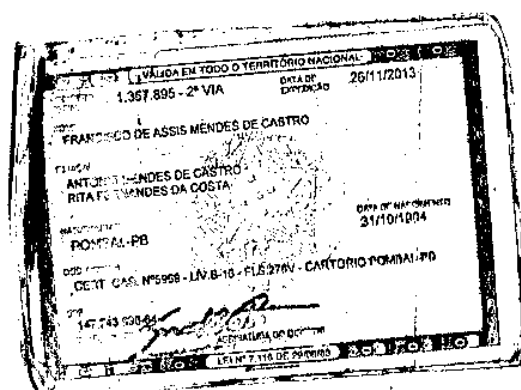


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580152700000030191682>

Número do documento: 20061113580152700000030191682

Num. 31476637 - Pág. 24





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOL

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA E SUPLENTE)

☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Data do Acidente: 05/04/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 102.830.934-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

RECEBIDO

28 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptas médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 102.830.934-12
E-mail: francisco20538@gmail.com Tel.: (53) 999283395
Data: 26/06/19 Assinatura: Francisco de Sousa Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AL POMBA
Atendente: ANNA DEABREU LINHART DAVES QUINOSA Matrícula: 84784930
Data: 26/06/19 Assinatura: Anna



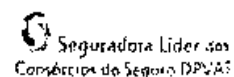
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:58:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113580152700000030191682>

Número do documento: 20061113580152700000030191682

Num. 31476637 - Pág. 26

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Número do Sinistro: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

Autorização de pagamento

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: 04/07/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318626 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO. PAG 2/3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Número do Sinistro: 3190318626

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

Autorização de pagamento

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: 04/07/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158496/19

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

CPF: 102.830.934-12

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA : 102.830.934-12

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: 10/05/2019
Nome: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA
CPF: 102.830.934-12

FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves

