

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raunero Santos Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flaviana dos Santos Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flaviana dos Santos Barreto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.095.354 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusar-se Renda: Recusar-se e apresento os documentos comprobatórios: COMPREV
nessa pessoa COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>João Manoel</u>		Número <u>669</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guarabira</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58200-000</u>
Email <u>_____</u>		Telefone comercial(DDD) <u>_____</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/88547538</u>

Guarabira, 18 de Março de 2019
Local e Data

Raunero Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

JOSE BARBOSA DOS SANTOS
RUA JOCA ATADE, 869 - NOVO
GUARABIRA / PB CEP: 59200000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO
Clt/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008884956 Emissão: 13/03/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 021.670.357
Cód. para Dth Automático: 00001664614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Mar / 2019 Apresentação 13/03/2019 Data prevista da próxima leitura 11/04/2019 CPF / CNPJ / RANI 278.937.904-15 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/166461-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/02/19	4839	13/03/19	4811	1	172	29
Demonstrativo						
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa / Valor Base Calc. Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Cofins(R\$)	
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(R\$)	PIS/Cofins(R\$)	(1,0703%) (4,8296%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287540	8,82	8,82	27
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,482950	34,50	34,50	27
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	72,000	0,738420	53,23	53,23	27
0810	Subsídio			44,95	44,95	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			12,58	0,00	0
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 08/28			158,04	0,00	0
0808	Desenvolvimento Subsídio			-30,12	0,00	0

CCl Código de Classificação do item TOTAL 278,80 141,30 28,16 141,30 1,51 8,98

Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,192650 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,495420

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

288

20/03/2019

R\$ 279,80

Histórico de Consumo (kWh)

224 | 579 | 517 | 0 | 0 | 522 | 189 | 205 | 178 | 173 | 188 | 199
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

3aeb.2907.077c.8fa0.f444.3520.9fd1.64de.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		1/2019 - Guarabira	Limite de Tensão (V)
Apurado			
DIC MENSAL	5,91	0,17	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,82		
DIC ANUAL	23,54		
FIC MENSAL	3,42	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	8,85		
FIC ANUAL	13,70		
DMIC	3,46	0,17	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor	Valor
Serviços de Dist. de Energia	22,81	8,18
Comp. de Energia	32,87	8,88
Serviços de Transmissão	368	1,27
Encargos Setoriais	5,12	1,04
Impostos Diretos e Encargos	58,20	21,16
Outros Serviços	158,04	55,77
Total	279,80	100,00

Valores em US\$ (R\$ 1:2019)

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) do todo continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/03/2019. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,12.
- Leitura confirmada.

Fev/19 311,41
Jan/19 302,02
Dez/18 283,72
Nov/18 328,37
Out/18 315,06

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 7 - 22 - 65 - 4040
Matrícula: 166461-2019-03-6

VENCIMENTO

20/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 279,80

83630000002-0 79900084000-4 01004012019-2 03000022019-8



1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

04/11/2018 12:21

ATEND POR:

HRG

08.778.268/0036-90

PARAIBA SECRETARIA DA SAUDE

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

CNPJ: 08.778.268/0036-90

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

SEXO: FEMININO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A)

SUS: 704801027765246

DN.: 29/09/1991

27 ANOS

ENDEREÇO: RUA SANTA IZABEL, 482

BAIRRO: NORDESTE 1

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: MARLUCE DOS SANTOS BARRETO

PAI: ANTONIO SALVIANO BARRETO

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE☐ 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.☐ 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.☐ 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO☐ OUTRO HOSPITAL☐ OBITO☐ RESIDENCIA☐ INTERNAÇÃO☐ AMB. /SUS☐ OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

Futuro e público

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

7. DIAGNOSTICO:

Sólido endócrino

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

Dr. Aluísio Pereira
CRM: 1601

CÓPIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 16/2019

Aos SETE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). FABIO FACCILOLO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 07h:20 min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ALFABETIZADA, FILHA DE ANTONIO SALVIANO BARRETO E DE MARLUCE DOS SANTOS BARRETO, RG Nº 3.593.754 SS/PB E CPF Nº 090.095.354-36, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANTA IZABEL, Nº 482, BAIRRO DO NORDESTE I, GUARABIRA/PB.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2) **Data do Fato:** 04 de NOVEMBRO de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 11h:25 min, APROXIMADAMENTE;
- 4) **Local do fato:** BAIRRO SÃO JOSÉ, GUARABIRA/PB

6) **Descrição do(s) empresa(s) envolvido(s) no Roubo:**

NÃO HÁ

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

1) NÃO HÁ

8) **Breve resumo do fato:**

Afirma a COMUNICANTE que quando estava transitando na motocicleta MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROZ, ANO/MODELO 2018/2018, COR BRANCA PLACA Nº QSA-7004/PB a qual se encontra em nome da própria COMUNICANTE acima citada, quando se encontrava conduzindo sua motocicleta sentido o bairro São José no dia 04//11/2018 quando um veículo não identificado veio em direção a mesma e acabou com a mesma onde esta fora socorrida por populares e amigos para o Hospital Regional de Guarabira/PB com fraturas na região da falange próximo da 3ª falange do dedo esquerdo do seu pé esquerdo, conforme ficha de atendimento ambulatorial do Hospital Regional de Guarabira/PB, onde segue-se anexo toda documentação.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO HÁ

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

Flaviana dos Santos Barreto

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Comunicante

Jacinto Albuquerque

Escrivã(o) / Agente

Escrivã(o) / Agente



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 090.095.354.36 Nome completo da vítima: Flaviana dos Santos Barreto

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

Nome completo: Flaviana dos Santos Barreto CPF: 09009535436

Profissão: Desempregada Endereço: Sto. Gabriel Número: 482 Complemento: curva

Bairro: Marista Cidade: Guarabira Estado: PB CEP: 58200.000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 831988547538

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 ☐ CONTA: 33046 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Guarabira PB 26/02/2019
Nome: Flaviana dos Santos Barreto
CPF: 0900.953.5436

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Flaviana dos Santos Barreto
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 090.095.354-36 Nome completo da vítima: Flaviana dos Santos Barreto

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

Nome completo: Flaviana dos Santos Barreto CPF: 09009535436
Profissão: Desempregada Endereço: Sto. Gabriel Número: 482 Complemento: curva
Bairro: Marista Cidade: Guarabira Estado: PB CEP: 58200-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 831988547538

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 ☐ CONTA: 33046 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Guarabira PB 26/02/2019
Nome: Flaviana dos Santos Barreto
CPF: 0900.953.5436

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Flaviana dos Santos Barreto
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
21 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190217069 **Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO**

Data do Acidente: 04/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00893/00894 - carta_04 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190217069

Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097237/19

Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

CPF: 090.095.354-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: FLAVIANA DOS SANTOS
BARRETO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02

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

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO : 090.095.354-36

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: 21/03/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217069 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO*****

Em test. da verdade. Guarabira-PB 12/03/2019 11:17:27
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2019-001782]JEMOL:R\$ 9,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,38
SELO DIGITAL: AIH54222-V4BX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tribuna.pb.gov.br>

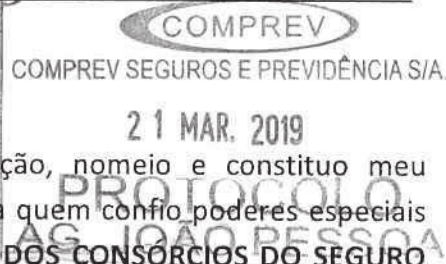


OUTORGANTE

Nome: Flaviana dos Santos Barreto
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora
Identidade: 3.593.754 CPF: 090.095.354.36
Endereço: R. Sta. Izabel 482 B. Nordeste

OUTORGADO

Nome: Luciano Santos Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Consultor
Identidade: 3.107.382 CPF: 034.864.314.02
Endereço: Joca Atacule N: 669 B. Novo



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima Flaviana dos Santos Barreto.

Local e data:

Guarabira, PB, 12 de Março de 2019.



Luciano dos Santos Barreto
Assinatura do Outorgante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190217069 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014082175365

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0116247399-9 RNTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

CNPJ 09009535436 PLACA QSA7004/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD1000JR004676

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC/COTAS 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

GUARABIRA PB LOCAL DATA 24/06/2016 9999999 42030

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CA
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SU
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO

PB Nº 014082175365 BILHETE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1200

VIA 1 CNPJ 09009535436

01162473999 HONDA/NXR 160

ANO FAB 2018 CAT. TARIF 9 CHASSI 9C2KD1000JR004

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER -

CNPJ 09.248.608/0001-04
42030-0956445-20180

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.593.754
DATA DE EXPEDIÇÃO	15/10/2007
NOME	FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO
FILIAÇÃO	ANTONIO SALVIANO BARRETO MARLUCE DOS SANTOS BARRETO
NATURALIDADE	GUARABIRA-PB
DATA DE NASCIMENTO	29/09/1991
DOC ORIGEM	NASC.N.34667 FLS.137 LIV.A31
CPF	CARTORIO GUARABIRA-PB
Assinatura do Titular	Assinatura do Emissor
Assinatura do Titular	Assinatura do Emissor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	P.910
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
Flaviana dos Santos Barreto	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

090.095.354-36

Nome

FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO

Nascimento

29/09/1991

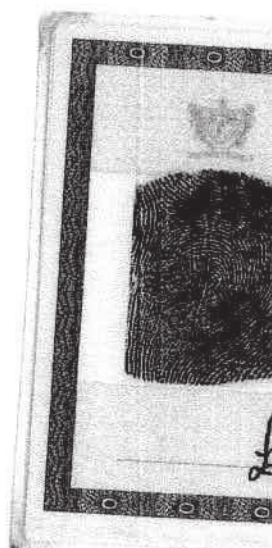
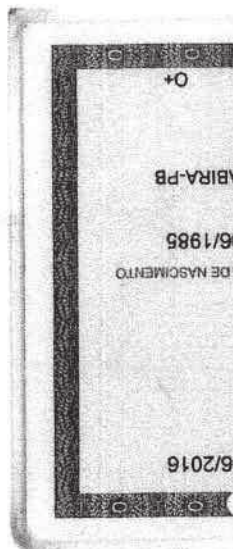
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: Flaviana dos Santos Gomes Matrícula: 357 202
Data Nasc.: 29.09.97
Sexo: F
Est. Civil: 9
Residência: N. 570, 880022 482 N. 1
H.D.A. 704 8010 277652 46 Tel: 874335903
Compareceu no dia 16.11.2018 Nº. 3593754

Diag. Clínico:

Diag. Radiológico:

Tratamento:

EVOLUÇÃO

DATA:

11/12/18

deleto R.E.
CONTINUA

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que a paciente, FLAVIANA DOS SANTOS BARRETO, Vendedora, brasileira, residente à rua Santa Isabel Nº 482, bairro Nordeste I, Guarabira-PB, foi atendida neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta – carro e motocicleta (informada pela mesma), fato ocorrido no dia 04/11/2018, tendo como diagnóstico de Fratura de Falange proximal do 3º dedo do Pé esquerdo CID 10 S92.2, compareceu no dia 16/11/2018, para retirada de pontos e imobilização tipo tala gessada membro inferior, submetida a tratamento conservador, com quadro clínico exame realizado raio x do Pé esquerdo, retornou nestas respectivas datas 24/11/2018 e 11/12/2018, para controle radiológico, retirada de imobilização e avaliação médica. Conforme consta na ficha Ambulatorial Nº 347.202/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 11 de Dezembro de 2018.

Dr. Alvisio Paredes

CRM 4600