

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Serafim de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Rafael Serafim de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ **COMPREV** **COMPRESSORES E PREVIDÊNCIA S.A.** **25 OUT. 2018** **PROTOCOLO** **AG. JOÃO PESSOA**

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiara</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>	

Itaporanga 10 de maio de 2018  
Local e Data

x Edilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / CÔD. EMISSÃO / UF  
5652161 SSP PE

CPF 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO 13/04/1978

PRIMAÇÃO  
ADELSON DOS SANTOS

CÓDIGO RODRIGUES DA SILVA

Nº REGISTRO 04119219971 VALIDADE 26/06/2022 FUNDIÇÃO 14/04/2007

LOCAL SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO 31/05/2017

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 60 - CENTRO  
ITAPORANGA / PE CEP: 56700000 (AO 150)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.163/01.11-40 Insc. Est. 18.015.825-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.064-09
UC (Unidade Consumidora):			5/27663-4
Canal de contato			

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/08/18	10286	13/09/18	10340	1	49	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo	Alíq. (R\$)
				Valor Base	Custo	Alíq. (R\$)
				Valor Base	Custo	Alíq. (R\$)
0601	Consumo em kWh	49.000	0.585410	28.71	0.00	0.00
0601	Adic. B Vermelha			2.25	0.00	0.00

ANTONIO CELESTINO PEREIRA  
SIT MATA VELHA SAN - AREA RURAL  
SAO JOSE DE CAIANA / PB CEP 58784000 (AQ 154)

Emissão 28/09/2018 Referência Set/2018  
Classe/Subclasse RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Rotômetro 18 - 180 - 853 - 1370 Nº medidor 00001138926

ENERGISA PARANHÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 15.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 013 215 441  
Cód. para Dab. Automático: 00011042000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Set / 2018

Apresentação

28/09/2018

Data prevista da  
próxima leitura

30/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

031.003.794-89

Insc Est

UC (Unidade Consumidora):

5/1195200-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo	
Data	Leitura	Data	Leitura				
30/09/18	8251	28/09/18	8257				
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alq	ICMS	Base Calc Po(R\$)
				ICMS(R\$)	ICMS		Coluna(R\$)
0801	Custo de Disponibilidade	12,57	0,00	0	0,00	12,57	0,00
0801	Adic. B. Vermelha	1,57	0,00	0	0,00	1,57	0,01
0810	Subsídio	5,39	0,00	0	0,00	5,39	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	JUROS DE MORA 08/2018	0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018	0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	Devolução Subsídio	-5,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA







E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

### DIAGNÓSTICOS

### PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AERÉAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE Membros ☐ COLAR CERVICAL  
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

### TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

### EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

### ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

### POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ SUPINO ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_

AUX. TÊC. DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_

MAT: \_\_\_\_\_



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 interdita 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

Rafael Serafim de Lima

CPF da Vítima

130.403.624-37

Data do Acidente

13/Outubro/2016

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sertas-assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996778877

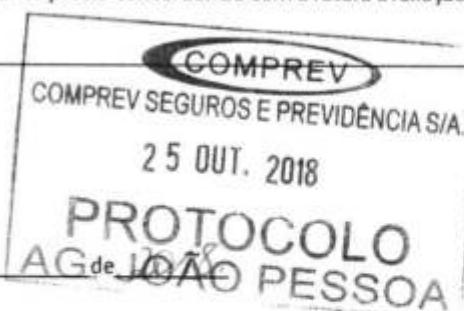
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



Itaperanga 10 de Maio  
Local e Data

X Rafael Serafim de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

130.403.624-37

Rafael Serafim de Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Rafael Serafim de Lima		CPF titular da conta 130.403.624-37	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Mata Velha		Número S/N	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade São José de Pinar	Estado CE	CEP 58.784-000
Email sertao-assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 85 33441520/996978811	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, 25 JUL 2018 no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

<b>AGÊNCIA</b> NRD. 3577	<b>D/V</b> 2	<b>CONTA</b> NRD. 30469	<b>D/V</b> 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

<b>BANCO</b> Nome	<b>NRO</b>
<b>AGÊNCIA</b> NRD.	<b>CONTA</b> NRD.
<b>D/V</b>	<b>D/V</b>
(Informar dígito se existir)	

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

Hopacanga 10 de maio de 2018  
Local e Data

x Rafael Serafim de Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180504408**

Vitima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Data do Acidente: **13/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504408**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13528366





Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**  
Nº Sinistro: **3180504408**  
Vitima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**  
Data do Acidente: **13/10/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL SERAFIM DE LIMA  
Nº Sinistro: 3180504408  
Vitima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA  
Data do Acidente: 13/10/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13531629





---

**Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180504408**

**Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

**Data do Acidente: 13/10/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

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

Como o prazo de 180 (cento e 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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390893/18

**Vítima:** RAFAEL SERAFIM DE LIMA

**Data do acidente:** 13/10/2016

**CPF:** 130.403.624-37

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAFAEL SERAFIM DE LIMA

**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  
Outros

### EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

### RAFAEL SERAFIM DE LIMA : 130.403.624-37

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/10/2018  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





**Declaração:**

Eu, **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**, portador do RG nº 4.205.215, SSP/PB e CPF nº 130.403.624-37, residente no Sítio Mata Velha, s/n, área rural, São José de Caiana, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, **13/10/2016**, fui vítima de acidente de trânsito, tendo em vista que o veículo que eu viajava encontra-se em dias, mas como estava em nome de terceiros, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, desta forma, sendo feita a mais lúdima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 11 / Outubro / 2018



Edilson Rodrigues dos Santos

**PROCURADOR**



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013027338560 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br**

**SAC DPVAT 0800 022 1204**

13039541412 <sup>CRF</sup>/GNPJ KHT4041/PB

KHT-204 I/PB

KH14041/UF SP 9C2KC08108K127068

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/04/2017

PAS/MOTOCTHE/NAO APPLIC

JOSE CELESTINO, PERTIRA JUNIOR.

HONDA/CG MA50 MDTAN KS

~~CDP/PAT 49 / CI - PART 1C~~

09-06-07

— COTA ÚNICA — 0.00/0.00/0.00/0.00

VENC / COTAS -

PARCELAMENTO / COTAS

LAMENTO / COTAS

PRÊMIO NACIONAL \* SEGURO PRÉ-PAISIO - 24 de Maio 1977

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

~~SEM RESERVA DE SE DOUTO~~

**ITAPOR**

 **C.S.A.**

**17397**

**Aguarmon Vieira da Silva**

**DATA** 24/04/2017

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

17397 Agamemnon Vieira da Silva  
Diretor Superintendente DE INATEC

1350-0915250-20170424

25 JUL 2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV



Dr. Fernan

ESTADO DA PARÁIBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporaçu  
PARA: Pelotas  
ENCAMINHO: Rafael Sampaio do Lins IDADE: 21 SEXO: Masc.  
RESIDENTE: Sítio Mata Velha  
MUNICÍPIO: Itaporaçu UF: Paráiba  
PA \_\_\_\_\_ MM/HG \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_ °C. PESO \_\_\_\_\_ Kg

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Encaminhado o Paciente Rafael Sampaio do Lins de Lins, com fratura em Fíbula direita o mesmo vítima de acidente automobilístico há 1h Pós avaliação do abdômedo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Philippe W. S. de Figueiredo  
MÉDICO  
CRM AB 10513

15/10/16 HORA: 20:30



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268/0023/78  
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)

Paciente: RAFAEL SERAFIM DE LIMA  
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA  
Nascimento: 17/11/1994 Idade: 21 Cor: PARDa Sexo: M  
Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço: SÍTIO MATA VELHA  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002  
CNS: 204-0379-0268-0007  
CPF: 14/10/2018 10:38:39  
Data / Hora: 14/10/2018 10:38:39  
Ficha Número: 170587

PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Nome para An. Fís. Grav.*  
*dip. p/ comp. previd. - sic*  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
25 OUT. 2018

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)  
AG. JOÃO PESSOA

RESULTADOS  
*(verificar)*

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

CARÁTER DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 82523  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)

Data/Hora 14/10/2016 11:03:4

Servidor do Dr.:

Paciente RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Idade: 21 Sexo:

Filiação:

Pai: DELMIRO SERAFIM DE LIMA  
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

Endereço:

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002  
Endereço: SITIO MATA VELHA  
Bairro: ZONA RURAL  
Naturalidade: ITAPORANGA - PB  
Fone: (83)99811-5153

N.:

Documentos:

CNS: 204-0379-0268-0007  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 17/11/1994  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Tramite para o atendimento  
outubro de 2016*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos órgãos)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saliu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, / /




HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente		Enfermagem	Leito	Nº Prontuário	
Nome: <u>JOÃO PESSOA</u>		<u>JOÃO PESSOA</u>	<u>12</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>M</u>
Idade: <u>20</u>		Residência: <u>JOÃO PESSOA</u>	Peso: <u>70</u>	Altura: <u>1,70</u>	
Hemoglobina: <u>12,0</u>		Hematócrito: <u>35,0</u>	Glicemia: <u>100</u>	Ureia: <u>10</u>	Outros: <u></u>
An. Respiratório			Asma: <u></u> Bronquite: <u></u>		
An. Circulatório			Eletrocardiograma: <u></u>		
An. Digestivo			Dentes: <u></u> Passado: <u></u>	An. Urinário: <u></u>	
Estado Geral: <u>Bom</u>			Ataxias: <u></u> Corticóides: <u></u>	Alergia: <u></u>	Hipotanses: <u></u>
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Endoscopia de Duodeno</u>			Estado Físico: <u>Bom</u>		Risco: <u></u>
Anestesia Anestésica					
Medicação Pré-Anestésica			Aplicada em: <u></u>	Efeito: <u></u>	
<b>INDUÇÃO</b>					
Agentes Anestésicos		Satisf. <u></u> Excit. <u></u> Tosse <u></u>			
Respiração		Laringo Espasmo <u></u> Lenta <u></u>			
		Náuseas <u></u> Vômitos <u></u>			
		Outros <u></u>			
<b>MANUTENÇÃO</b>					
Agentes Anestésicos		Anestesia Satisf. Sim <u></u> Não <u></u>			
		Não, porque? <u></u>			
<b>DESPERTAR</b>					
Reflexos na SO		Obstr. <u></u> CO2 <u></u> Excit. <u></u>			
		Náuseas <u></u> Vômitos <u></u>			
		Outros <u></u>			
Com estímulo		para o alto sim <u></u> não <u></u>			
<b>CONDIÇÕES</b>					
Cânula <u></u>					
Paciente <u>JOÃO PESSOA</u>					
Agentes <u>JOÃO PESSOA</u>					
Técnicos <u>JOÃO PESSOA</u>					
Operação <u>Endoscopia de Duodeno</u>					
Direção <u>JOÃO PESSOA</u>					
Anestésico <u>JOÃO PESSOA</u>					
Observações <u>JOÃO PESSOA</u>					



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DER. JANDUHY CARNEIRO
Q	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
70	04	SUS	35 anos	82323	
CIRURGIA		CIRURGEÃO			
TTO. curm. - Cnt. fibrosc. DI		Dr. Marcelo Alves			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
Rogeri		Dr. Marconi			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIN	
		19/10/16	11:30h		

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seríngs 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seríngs 3 ml
1	TX. Sala	1	Seríngs 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seríngs 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seríngs 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neoceln Pesado		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestestín a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparradrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publcovalina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Proatigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Gefetina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Pisali		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Esparin 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tiastil		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amicacina 800mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbecate 20 e 22		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

25 OUT. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESS.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Rogério Sampaio Lima</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito
Cirurgião <u>M. Marcelo Alves</u>	1º Auxiliar <u>M. Ivan</u>	
Anestesista <u>D. Marcos</u>	Tipo de Anestesia <u>Rogério</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Enterite de fíbula direita</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Osteotomia da placa + Paragommas</u> <u>+ Paragommas intramedular</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>o mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>COMPREV</b>              COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.              25 OUT. 2018  <b>PROTOCOLO</b>              AG. JOÃO, PESSOA           </div>		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Liçaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
<p>- Parto - DDA e Sds musculares</p> <p>- Antisepsia + colocação de curativos</p> <p>- Incisão - região lateral da tibia D</p> <p>- Abertura por fêmur + Kirschmann de foco de fratura + medula óssea + Fixação da placa 1/3 de comprimento + Paragommas intramedular + Ligadura da SA + Sutura por planos + Curativos</p>

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**DOC. IDENTIDADE / CÔD. EMISSÃO / UF**  
5652161 SEP PE

**CPF**  
039.347.064-09

**DATA NASCIMENTO**  
13/04/1978

**PLACAO**  
ADELSON DOS SANTOS

**CÓDIGO RODRIGUES DA SILVA**  
VA

**Nº REGISTRO**  
04119319971

**VALIDADE**  
26/06/2022

**1ª EMISSÃO**  
14/04/2007

**LOCAL**  
SERRA TALHADA, PE

**DATA EMISSÃO**  
31/05/2017

**PERNAMBUCO**

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 60 - CENTRO  
ITAPORANGA / PE CEP: 56700000 (AO 150)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.163/01.11-40 - Insc. Est. 18.015.825-0

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.347.064-09
UC (Unidade Consumidora):			5/27663-4
Canal de contato			

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/08/18	10286	13/09/18	10340	1	43	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Totais (R\$)	Valor Base Cálculo ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	Valor (R\$) Base Cálculo Por Consumo (R\$)
0601	Consumo em kWh	43,000	0,585410	24,31	0,00	0
0601	Adic. B Vermelha			2,25	0,00	0
						0,00
						0,10
						0,90
						0,02
						0,08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917



*Rafael Serafim de Lima*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.205.215 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2013

NOME RAFAEL SERAFIM DE LIMA

FILIAÇÃO DELMIRO SERAFIM DE LIMA  
JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

NATURALIDADE ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/11/1994

DOC ORIGEM

NASC.N.17047 FLA 58 LIV. 2-97  
CPF CARTORIO ITAPORANGA

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE  
BBEA.C1F1.F6FF.6B4F

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:09:03 do dia 29/12/2014 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento 17/11/1994

Nome RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Número 130.403.624-37

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA