

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529027

Vítima: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

Data do Acidente: 11/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190529027**

**Vítima: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR**

**Data do Acidente: 11/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529027

Vítima: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

Data do Acidente: 11/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 36

Conta: 0000092971-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00040.01.2019.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00040.01.2019.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 11 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Ulisses Sérgio Dias Junior**, conhecido(a) por Sérgio, RG nº 3311401 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Office Boy, filho(a) de Sonidelane Alves da Costa e Ulisses Sérgio Dias, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Madagascar, Nº apart., complemento bloco 06, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Poso de Gasolina Local., na cidade de João Pessoa/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida das Indústrias, Fábrica de Cerâmica, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/07/17 18:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo YBR 135, marca Yamaha, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOJ-3056, chassi 9C6KE092080219521, renavam 600974613100

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

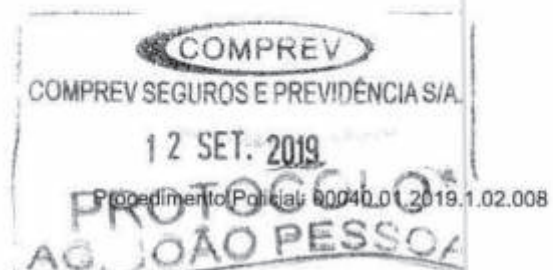
Que, no início da noite do dia 11 de julho do ano fluente, se conduzia na moto já discriminada na avenida das Indústrias, bairro do mesmo nome, quando foi surpreendido e alvo de colisão por parte de um veículo Caminhão de placas e Condutor não identificado, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi diagnosticado Trauma em membro superior esquerdo, realizado procedimento cirúrgico e no dia 12 ou seja, dia seguinte, este teve alta hospitalar.

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

João Pessoa/PB, 11 de agosto de 2019.

  
EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

  
ULISSES SÉRGIO DIAS JÚNIOR  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

700.352.034-63

Ulisses Sérgio Dias Junior

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Ulisses Sérgio Dias Junior

700.352.034-63

Recuso

Rua Madagascara

5N

BLO6 AP 303

Indaial

João Pessoa

PB

58010-000

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 0036

CONTA: 92971

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascturo (ou nasceu)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) vítima(s) beneficiária(s) e não se responsabiliza por qualquer ação criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

12 SET. 2019

PROTOCOLO

Assinatura do Segurado

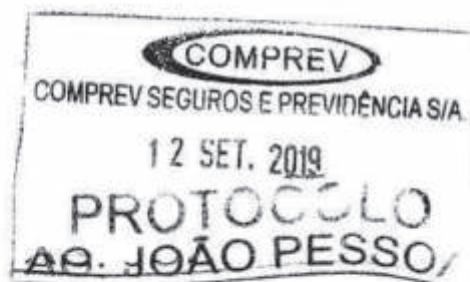
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 12/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000092971-7

---

Nr. da Autenticação 448A27ADD043AC9F

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000092971-7

---

Nr. da Autenticação 448A27ADD043AC9F



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal com o valor de energia elétrica. N° 027.231.463



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ZANIA MACHADO  
RUA MADAGASCAR S/N BL 06 AP 303  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1853103-8

## REFERÊNCIA

JUN/2019

## APRESENTAÇÃO

01/07/2019

## CONSUMO

139

## VENCIMENTO

08/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 129,18

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

ZANIA MACHADO

Rotelro: 15-002-720-6029

83630000001-2 29180149000-9 18531032019-6 06300002019-6

## VENCIMENTO

08/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 129,18

## MATRÍCULA

1853103-2019-06-3



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica. Nº 029.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 15.015.625-0

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

20/08/2019

## CONSUMO

150

## VENCIMENTO

27/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

31502440000229271

Nr Documento

001371069201908

Data Vencimento

27/08/2019

Valor do Documento

R\$ 138,62

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Ulisses Sérgio Dias Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.352.034 / 63  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Ulisses Sérgio Dias Junior  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.352.034 / 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB; 12/09/2019

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



## CERTIDÃO

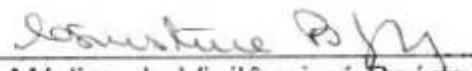
Nº. 0970/2019

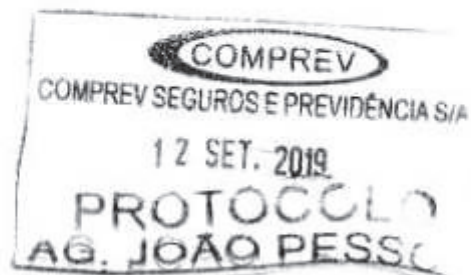
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 43781 e prontuário 2017.07.1459 pertencentes ao paciente **ULISSES SÉRGIO DIAS JUNIOR** que foi atendido dia 11/07/2017 às 10h16min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do pulho esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/07/2017 com alta médica dia 12/07/2017.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de julho de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137







COMPREV  
12 SET. 2019  
PROTOCCO  
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E TIPOGRAFIA ESPECIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

5005 P-002

*Ulisses Sérgio Dias Junior*

ASSINATURA IDENTIFICADA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.311.401 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/2014

NOME ULISSES SÉRGIO DIAS JUNIOR

FLACÃO ULISSES SÉRGIO DIAS  
SONDELANE ALVES DA COSTA

NATURALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB  
DZC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO 14/06/1994

NASC. N. 72085 FLS. 209-LIV. A-69  
CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA/PB

700.352.034-63

SECRETARIA DE SEGURANÇA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 SET. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA





# DEBAT

WASHINGTON SERGIO DIAS  
SEN SENEDAT DE DOMINIC  
\*\*\*\*\* SERGIO S M S S 01000001  
CPF / CNPJ PLACA  
55037992400 MOJ3056/PB  
PLACA ANT / UF HASH  
NOVO PB 9C6KEU92080219521

PAS/MOTOCICLE/NAO ABILIT		GASOLINA	
MARCA MODELO		ANO FAB	ANO MODA
YAMAHA/YBR 125K		2004	2004
CAP. V. CL.		COR PREDOMINANTE	
CVC 202/124/YC3H0 PARTIC		PRETA	

I P V A	COTA UNICA		VENIR COTA UNICA		VENIR COTAS	
	MOAD	55	00/00/0000	1*		
	PARALFIP		PARALFIP		2*	
	*****		0		15/11/00 15	

POLÍCIA FEDERAL - RJ - JF - PRIMEIRA TURMA - TALA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 09/06/201

SEM RESERVA DE DOMINIO  
09/06/2011  
4088

PB Nº 01322070202

ESTÉ É O SEU BILHETE DE INFORMAS  
AS CONDIÇÕES G  
www.segura  
SAC DPVAT

1 55037892400  
00974612102 CAMP  
2008 9 906

**PREFACE**

\*\*\*\*\*

DUSTY COBBLE

\*\*\*\*\*

GOTTA DRINK

FREQUENTLY

SEGURADO

46894-174

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190529027 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR **Data do acidente:** 11/07/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 7/9/11\_CIRURGIA

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190529027 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR **Data do acidente:** 11/07/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 7/9/11\_CIRURGIA

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Ulisses Sérgio Dias Junior  
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Operador de Caixa,  
 CI RG nº 3311.401, CPF/MF nº 700.352.03463 residente e domiciliado(a) à Rua  
Madagascar, 514 - Bl. 6 - Indústrias,  
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58090-000, telefone  
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 27 de novembro de 2018.



Ulisses Sérgio Dias Junior

OUTORGANTE



**SOLUTO**  
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTROS  
 São Maria Angélica Souza Góes  
 Titular

**Carlos Antonio da S. Torres**  
 OAB/PB 1041-020  
 Escritor de Notas  
 OAB/PB 1041-020

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR  
 Em test.da verdade. João Pessoa-PB 27/11/2018 12:04:17  
 Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente  
 [2018-028572]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
 SELLO DIGITAL: AHR89028-GFGU  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316478/19

**Vítima:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

**CPF:** 700.352.034-63

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 11/07/2017

**Titular do CPF:** ULISSES SERGIO DIAS  
JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR : 700.352.034-63

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: 12/09/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316478/19

**Número do Sinistro:** 3190529027

**Vítima:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

**CPF:** 700.352.034-63

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 11/07/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

DUT

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA