

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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 N° 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 8<sup>ª</sup> 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 Ofice 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, N° 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 Industrias, 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 Industrias, 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 JUNIOR  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Ulisses Sérgio Dias Junior</i>	
700.352.034-63			

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

5 - Nome completo:	<i>Ulisses Sérgio Dias Junior</i>	6 - CPF:	<i>700.352.034-63</i>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Recurso</i>	<i>Rua Madagáscar</i>	<i>5N</i>	<i>BL06 AP 303</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Indústria</i>	<i>João Pimenta</i>	<i>PE</i>	<i>58010-000</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

## 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <i>0036</i>	CONTA: <i>9.2971</i>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(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 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ró Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim      29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim      32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      34 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      35 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim
29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim      29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim      32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      34 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      35 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim
30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim      32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      34 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      35 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim	36 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim      37 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte atingir beneficiários que concordem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda da cobertura, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: <i>12 SET. 2019</i> CPF: <i>123.456.789-00</i>
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º   Nome: <i>PROTÓCOLO</i> CPF: <i>123.456.789-00</i>
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *João Pimenta - PB, 12/09/2019*

*Ulisses Sérgio Dias Junior*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 00000092971-7

---

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: 00000092971-7

---

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/carta de ameaça ofensiva - Nº 027.231.463



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1853103-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

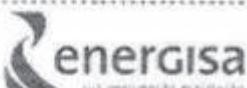
01/07/2019

139

08/07/2019

R\$ 129,18

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



ESTAMPE AQUI

ZANIA MACHADO

Roteiro: 15-002-720-6029

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
08/07/2019	R\$ 129,18	1853103-2019-06-3



# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bilhete para fins de pagamento da nota fiscal carência de energia elétrica N° 028.864.494

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 23.095.183 / 0001-40 Inscrição 16.015.625-0

## 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	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	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 SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				09.095.183/0001-40



**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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário

Ulisses Sérgio Dias Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.352.034-63,  
da sinistro de DPVAT cobertura Imóvel, da Vítima Ulisses Sérgio Dias Júnior,

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 Lider-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.

Enderéscio:	<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>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





## CERTIDÃO

Nº. 0970/2019

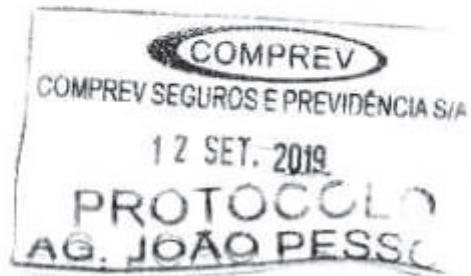
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 43781 e prontuário 2017.07.1459 pertencentes ao paciente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

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

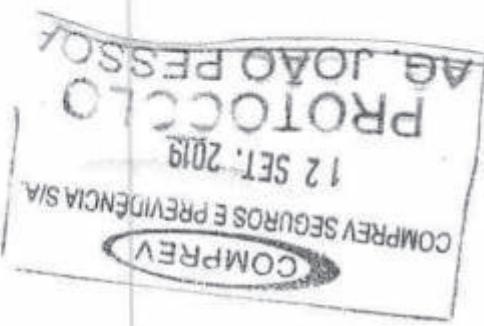
E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de julho de 2019

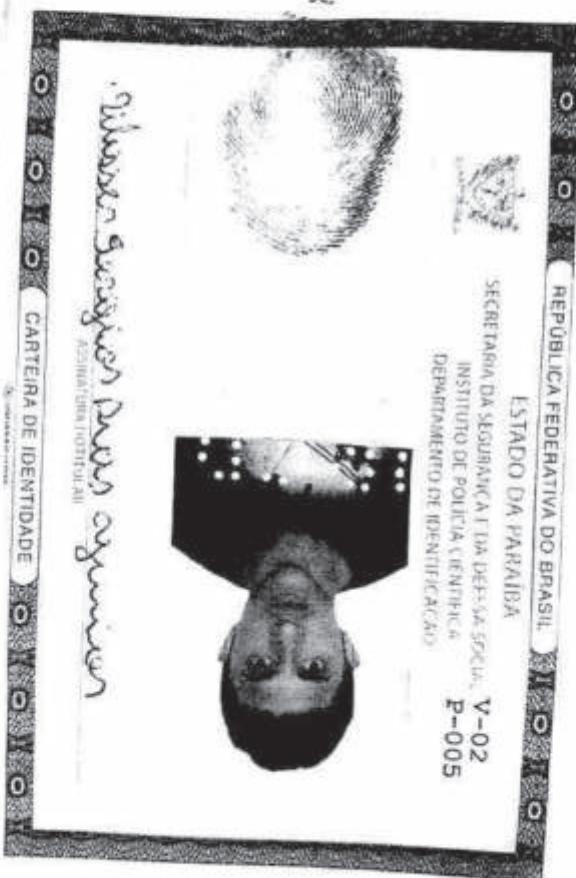
*Christine B. Lyra*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

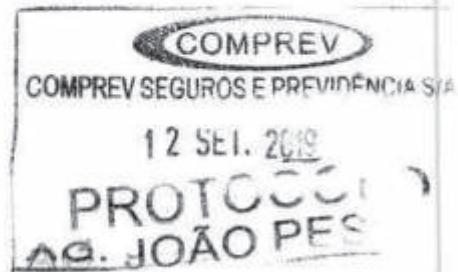




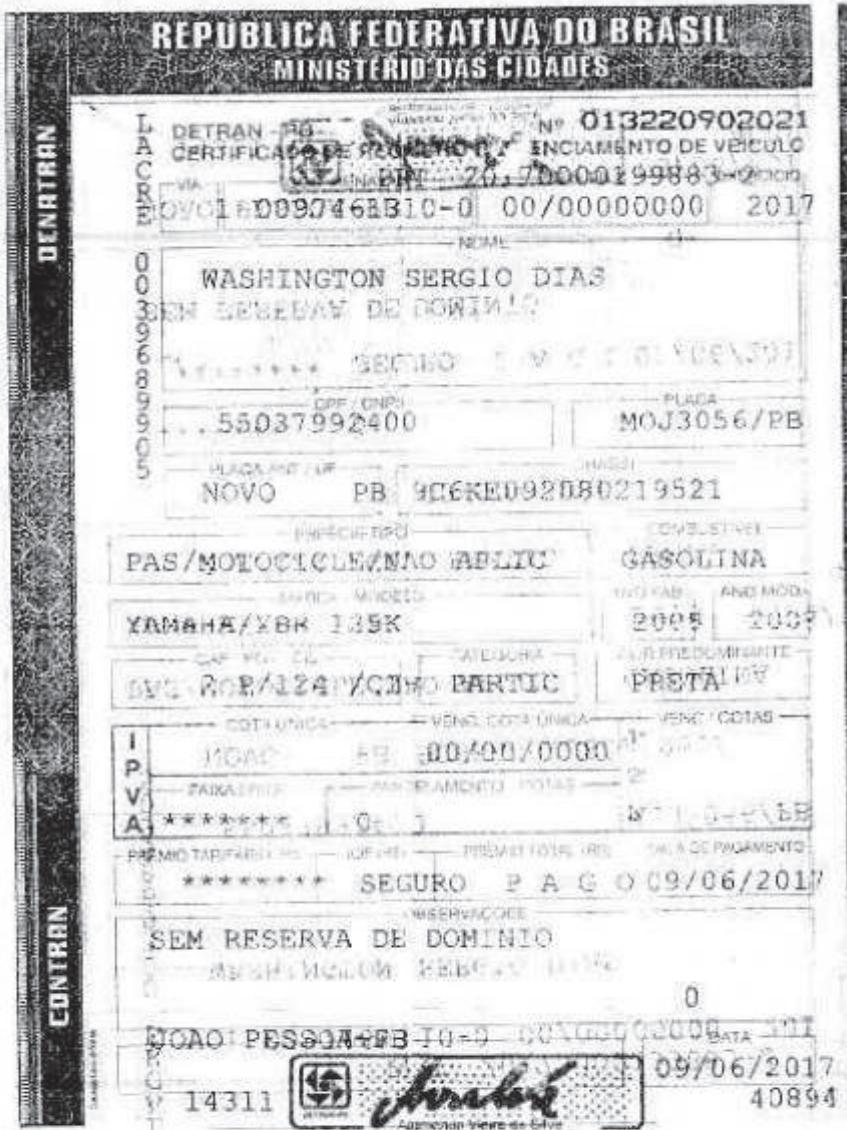


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.311.401	05/12/2014
NAME	DATA DE NASCIMENTO
ULISSES SÉRGIO DIAS JUNIOR	14/06/1994
FILIAÇÃO	
ULISSES SÉRGIO DIAS	SONIDELANE ALVES DA COSTA
NATURALIDADE	
JOÃO PESSOA-PB	JOÃO PESSOA-PB
DIZ. ORIGEM	
NASC. N. 72085 FLS. 209-LIV/A-69	
CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB	
700.352.034-63	LEI N° 7.116 DE 29/06/83









# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Ulisses Sérgio Dias Junior, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Operador de Caixa, CI RG nº 3335.401, CPF/MF nº 700.352.034-63, residente e domiciliado(a) à Rua Almada Góes Cor, 518 - B2-6 - Industrias, 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.

Sob  
Selo  
Notarial

Ulisses Sérgio Dias Junior

OUTORGANTE



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s):  
ULISSES SÉRGIO DIAS JUNIOR  
En test da verdade. João Pessoa-PB 27/11/2018 12:04:17  
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente  
[2018-028572]EMOL:R\$ 9,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHR0802B-GFBU  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipp.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316478/19

**Vítima:** ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR

**CPF:** 700.352.034-63

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

**CPF de:** Próprio

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

**ULISSES SERGIO DIAS JUNIOR**

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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