



Número: **0800789-16.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **28/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO (AUTOR)		TARCISO NOBERTO DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34666973	23/09/2020 15:25	<a href="#">2750486_CONTESTACAO_Anexo_01</a>	Outros Documentos

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.314 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Pedro Generalves irmão inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.718.334 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Jose Pedro Generalves irmão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.718.334 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou-se Renda: Recusou-se e apresento os documentos comprobatórios:

nenhum

☒ 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 Ntaide</u>		Número <u>669</u>	Complemento <u>casal</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guaraluz</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>58200.000</u>
Email <u>luciano.santos@lider.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>83 988547538</u>

Guaraluz, 04 de Dezembro de 2019  
Local e Data

Luciano Santos Oliveira  
Assinatura do Declarante

KATIA CILENE BATISTA DE ARAUJO  
RUA AMARO GUEDES, 97 - NORDESTE I  
GUARABIRA / PE CEP: 56200000 (AG 22)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cl/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA  
Roteiro: 8-22-111-595 Referência: Mar/2019  
Medidor: 0000325225 Emissão: 15/03/2019

**energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br200, Km25 - Outeiro Redentor - João Pessoa / PE - CEP: 54071-690  
CNPJ: 09.095.933/0001-40 - Ins. Est. 18015623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 021.844.716  
Cód. para Dta. Automática: 50054301778

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a Mar/2019 Apresentação 15/03/2019 Data prevista da próxima leitura 15/04/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 040.460.144-38

UC (Unidade Consumidora): 5/430177-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Com a fatura por e-mail, você ganha a praticidade e o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de pagamento na mão.  
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/03/19	33948	15/03/19	34055	1	150	28
Demonstrativo						
CCI - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Cte. Rte.	Valor Base Cte. Rte.	Valor Base Cte. Rte.
				Valor Base Cte. Rte.	Valor Base Cte. Rte.	Valor Base Cte. Rte.
0601 Consumo até 30kWh-BR		30.000	0.297540	8,93	8,93	0,00
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR		70.000	0.482850	34,50	34,50	0,00
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR		59.000	0.739425	43,62	43,62	0,00
0810 Subsídio				43,61	43,61	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA				12,58	0,00	0,00
0808 Devolução Subsídio				-28,42	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 113,81 130,55 35,27 130,55 1,39 5,44  
Tarifa s/ Tributos: At 30 kWh 0,192850 At 100 kWh 0,330280 At 220 kWh 0,495425

Média últimos meses (kWh) 144 **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
06/04/2019 R\$ 113,81  
Histórico de Consumo (kWh)

137 | 154 | 121 | 121 | 123 | 105 | 145 | 181 | 158 | 158 | 192 | 154  
Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19

RESERVADO AO FISCO

71f3.5c15.ceef.b15c.e1f6.8bba.1ee7.3af5

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
11/2019 - Qualidade					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,51	NOMINAL 220	Serviço de Dist. da Energia Elétrica	22,47	44,94%
DIC TRIMESTRAL	11,02		Serviço de Energia	22,47	
DIC ANUAL	22,04		Serviço de Transformação	22,47	
FIC MENSAL	3,42	CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 202	Energia Gerada	1,91	44,94%
FIC TRIMESTRAL	6,85		Encargos Gerados e Encargos	58,68	
FIC ANUAL	13,70		Outros Serviços	9,00	
DMC	3,46	LIMITE SUPERIOR 221			
DICR	12,22				
			Total	113,81	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, sendo um desconto de R\$28,42





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - GUARABIRA

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM E TÉCNICOS / ATENDIMENTO  
USB 49

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA: 23/02/19 OCORRÊNCIA Nº: 2359323 PACIENTE/USUÁRIO: Sr. Pedro Gonçalves IDADE: 44 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM.  
LOCAL DE OCORRÊNCIA: L. - Pmaro Guedes (Via Rápida) BAIRRO: Nordeste II Médico Regulador: Dr.º Gerson Vinicius  
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate/Bombeiros ☐ Resgate/PRF ☐ SPTRANS ☐ TROTE ☐ Outro  
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- ANTECEDENTES

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA) Queda de moto

☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: \_\_\_\_\_  
☐ OUTRO  
CINEMÁTICA: \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
PATOLOGIA(S): \_\_\_\_\_  
ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_  
VACINAS: \_\_\_\_\_  
EXAME FÍSICO  
☐ PALIDO ☐ CIANÓTICO ☐ ICTÉRICO ☐ SUDOREICO ☐ PELE FRIA  
☐ PELE ÚMIDA ☐ ISOCÓRICO ☐ ANISOCÓRICO ☐ MIÓTICO  
☐ DOR LOCAL  
☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ HEMATÊMESE ☐ HEMOPTISE  
☐ TCM ☐ TRM ☐ FRATURA ☐ CONTUSÃO ☐ ENTORSE  
☐ LUXAÇÃO ☐ FACE ☐ PCR ☐ FAB ☐ AFOGAMENTO  
☐ ATROPELAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ ELETROCUSSÃO  
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO ☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA  
☐ QUEDA MOTO ☐ QUEDA ALTURA \_\_\_\_\_ metros  
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL  
Recuperação em membros Superiores e inferiores

DESTINO  
Local 1: Complexo Hosp. Mangabeira Responsável: Dr. Rodrigo Amorim  
Local 2: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
Função: Médico Ortop.

DADOS VITAIS  
VVAA: ☐ livre ☐ Obstruída / RESPIRAÇÃO: ☐ <30irpm ☐ >30irpm / PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal / PAS: ☐ 90mmHg  
☐ < 90mmHg / PA: 120/80 PC: 101 FR: 20 TEMPERATURA: 36,5°C GLICEMIA: 120 E. COMA: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente Consciente, Orientada ao polo, com escoriações em membros superiores e inferiores, com o membro direito muito edematoso. Feito todo suporte e trauma e regulados para o hosp. Regional a partir da radiografia reguladora nos encaminhados para o Trauma.  
EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: S. L. L. COREN: 241433 T. DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_  
CONDUTOR: André Apoio: Ray Wesley

RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 028718.334 35 4 - Nome completo da vítima: José Pedro Gonçalves Irmão

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

5 - Nome completo: José Pedro Gonçalves Irmão 6 - CPF: 028718.334 35  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Amaro Guedes 9 - Número: 97 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Verde 22 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 582000-00  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 3398054 75 38

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0042 CONTA: 48053 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (no 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 nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Kátia Cilene Batista de Araújo  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

040-450-144-38

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

Kátia Cilene Batista de Araújo  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: TARCISO RODRIGUES DA S. FILHO  
CPF: 011.513.695-01

TARCISO RODRIGUES DA S. FILHO  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Thiago Carlos U. da SILVA  
CPF: 095466764-62

Thiago Carlos U. da SILVA  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarabira PB 04/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº 393/2019

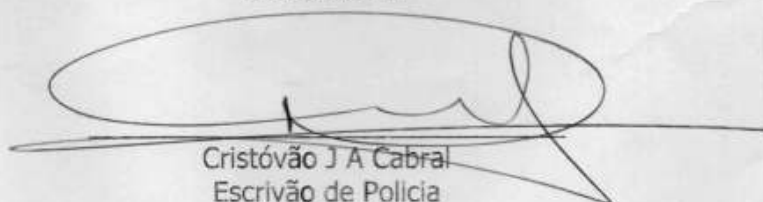
Ao **OITO** dia do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta Delegacia Distrital de Guarabira-PB, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSÍS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **JOSÉ PEDRO GONÇALVES IRMÃO**, brasileiro, solteiro, funcionário público, natural de Araçagi-PB, com 45 anos de idade, nascido aos 04.03.1974, RG 2161205 SSP-PB CPF 028.718.334-35, filho de Manoel Pedro Gonçalves e de Ercília Maria da Conceição, residente a rua Amaro Guedes, 97, Nordeste II, Guarabira-PB.

**A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:** QUE afirma o noticiante que em data de 22.02.2019, por volta das 23:00hs quando o noticiante conduzia o veículo HONDA BIZ 125/ES, COR PREATA, ANO 2013/2014, PLACA OGG-2067-PB, CHASS 9C2JC4820ER006397, RENAVAM 0059518301-8, cadastrada no Detran-PB em nome de ZENILDA GLÁUCIA FÉLIX, ao chegar nas proximidades da Rua Amaro Guedes, Nordeste II, nesta cidade de Guarabira-PB, se deparou com uma carga de brita espalhada ao chão, momento em que o noticiante perdeu o controle do referido veículo vindo cair ao solo; QUE foi socorrido pela equipe do Samu de Guarabira-PB, sendo conduzido para o Hospital conhecido como Trauminha, na cidade de João Pessoa-PB; QUE naquele hospital foi diagnosticado com fratura dos ossos do antebraço tendo sido submetido a tratamento cirúrgico através de osteossíntese onde foi colocado placas e parafusos, tendo sido orientado a retornar ao ambulatório daquele Hospital para continuidade do tratamento e orientações.

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ PEDRO GONÇALVES IRMÃO**  
Comunicante

  
\_\_\_\_\_  
Cristóvão J A Cabral  
Escrivão de Polícia  
Mat. 155.704-1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 028-718-334 35 4 - Nome completo da vítima: José Pedro Gonçalves irmão

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

5 - Nome completo: José Pedro Gonçalves irmão 6 - CPF: 028-718-334 35  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Manoel Guedes 9 - Número: 97 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Verde 32 12 - Cidade: Guarulhos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 3398547598

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 48053 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (no 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 nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Katia Cilene Batista de Araújo

040-450-144-38

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

Katia Cilene Batista de Araújo

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

38 - 1ª | Nome: TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

CPF: 011.513.695-01

TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

CPF: 095.466.764-62

TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarulhos PB 02/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

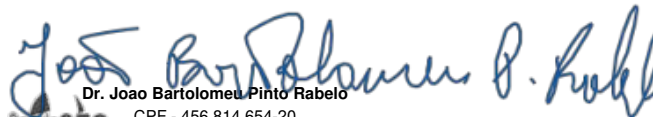
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190669547  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Pedro Goncalves Irmão  
Endereço do(a) Examinado(a): R Amaro Guedes, 97 Casa  
Nordeste II Guarabira PB CEP: 58200-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2161205  
Data local do acidente: [ 22/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/12/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ ALGUMAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 04/06/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 028718.33435 3 - CPF da vítima: 028718.33435 4 - Nome completo da vítima: José Pedro Gonçalves Júnior

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

5 - Nome completo: José Pedro Gonçalves Júnior 6 - CPF: 028718.33435  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Amaro Guedes 9 - Número: 97 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Verde 22 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8398547538

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 48053 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (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 (no 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 nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Kátia Cilene Batista de Araújo  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

040-450-144-38

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

Kátia Cilene Batista de Araújo  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: TANCISO MOREIRA DA S. FILHO  
CPF: 011.513.695-01

R. TANCISO MOREIRA DA S. FILHO  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Thiago Carlos U. da Silva  
CPF: 095466784-62

Thiago Carlos U. da Silva  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarabira PB 04/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 028-718-334 35 4 - Nome completo da vítima: José Pedro Gonçalves irmão

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

5 - Nome completo: José Pedro Gonçalves irmão 6 - CPF: 028-718-334 35  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Manoel Guedes 9 - Número: 97 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Verde 32 12 - Cidade: Guarulhos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 3398547598

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 48053 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (no 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 nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Katia Cilene Batista de Araújo

040-450-144-38

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

Katia Cilene Batista de Araújo

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

38 - 1ª | Nome: TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

CPF: 011.513.695-01

TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

CPF: 095.466.764-62

TANCISO RODRIGUES DA S. FILHO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarulhos PB 02/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669547**

**Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Data do Acidente: 22/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000042**

**Conta: 0000048051-8**

**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





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190669547

Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050139



Carta nº 15183023







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, 10 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190669547**

**Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

**Data do Acidente: 22/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01719/01720 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040860



Carta nº 15214556



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 15:25:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092315251594000000033143320>

Número do documento: 20092315251594000000033143320



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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669547

Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15181374

Pag. 00569/00570 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000048051-8

---

---

Nr. da Autenticação 870D7BA153521938



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426753/19

**Vítima:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

**CPF:** 028.718.334-35

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02

Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO : 028.718.334-35

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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: 02/12/2019  
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 014.864.314-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: José Pedro Gencalves irmão  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2563205 CPF: 028.718.334.35  
Endereço: R. Américo Guedes N. 97 B. Verde II

### OUTORGADO:

Nome: Raúfano Santos Oliveira  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado  
Profissão: Contador  
Identidade: 3307382 CPF: 01486431402  
Endereço: Joca Almeida N. 668, B. novo

### A ROGO

Nome: Ketivá Cilene Batista de Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira  
Profissão: donneleira  
Identidade: 265.4433 CPF: 040.450144.38  
Endereço: R. Américo Guedes N. 97 B. Verde II

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

vítima

José Pedro Gencalves irmão

### TESTEMUNHAS

NOME

RG 3655889-SSDS/PB CPF: 09546676462

ASSINATURA

(reconhecer firma por autenticidade)



Luiz Carlos A. da Silva





ASSINATURA

NOME  
RG 313+094- SSP/PB CPF: 044.519.694-0

TARCISO NOBERTO DA SILVA FILHO  
(reconhecer firma por autenticidade)

Guarabira PB 09/09/2019

Local e data



Kátia Cilene Batista de Araujo.

Assinatura do A rogo

(reconhecer firma por autenticidade)

**TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL**  
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....  
THIAGO KARLOS MARCELINO DA SILVA.....  
TARCISO NOBERTO DA SILVA FILHO.....  
Em test.da verdade. Guarabira-PB 09/09/2019 14:49:54  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2019-003877]EML-R\$ 19,82 FARPEN-R\$ 0,58 FEPJ-R\$ 3,96 ISS-R\$ 1,00  
SELO DIGITAL: A0036494-0F00, A0036485-3B06  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL**  
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....  
KÁTIA CILENE BATISTA DE ARAUJO.....  
Em test.da verdade. Guarabira-PB 09/09/2019 14:49:55  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2019-003878]EML-R\$ 19,82 FARPEN-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,98 ISS-R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: A0036486-1V1F  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Wardiria Toscano de Sales  
Tabela Publica



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426753/19

Número do Sinistro: 3190669547

Vítima: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

CPF: 028.718.334-35

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 22/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**LUCIANO SANTOS OLIVEIRA : 014.864.314-02**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

**JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO : 028.718.334-35**

Autorização de pagamento

### 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: 04/12/2019  
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA  
CPF: 014.864.314-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

RENATO LUNA DIAS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669547 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE PEDRO GONCALVES IRMAO **Data do acidente:** 22/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO ANTEBRAÇO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50











**Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PI/ p. So. femo G. IRMA

### **Laudo Médico**

Paciente vítima de trauma em antebraço resultando em fratura do(s) osso(s) do antebraço, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

**CID: S52**

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 22.123/2017 EOT 15316

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Jose PEDO GONÇALVES IRMAO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 45	SEXOM	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio</i>				CID <i>S52.4</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol)

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

09/03/19

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

22697454

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA-DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE BARBOSA DOS SANTOS

RUA JOCA ATAIDE, 669 - B NOVO GUARABIRA PB  
58200-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
053.003.565.0096.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y19F304535	15/10/2019	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
15      40      25		31		30/12/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019	13	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES				
OUT/2019	2      30	TURBIDEZ	13	58	58	
SET/2019	2      30	CLORO	64	140	70	
AGO/2019	2      30	COL. TERMOT	0	0	0	
JUL/2019	2      30	COR	13	62	62	
JUN/2019	2      30	COL. TOTAIS	64	70	70	
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 02/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 14:19:14

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	5 M3	32,25
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	5 M3	29,05

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 20,12 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

15/12/2019

Total a Pagar:

R\$ 217,54



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

O EXERCÍCIO BRASILEIRO, POR M 30 31 BIM., CONVOCA TODOS OS RE  
SERVISTAS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS A O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA  
RESERVA (EXAR/2019), NO PERÍODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS  
15:30H.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22697454	DEZ/2019	15/12/2019	R\$ 217,54

82650000002 9 17540010053 3 02269745401 9 12201930003 9

