



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522002 **Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA**

Data do Acidente: 09/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00209/00210 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13819711

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDA PAULINO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: GERALDA PAULINO DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000003280-3

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.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: GERALDA PAULINO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180522002
GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180522002**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14137824



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: GERALDA PAULINO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180522002
GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180522002**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 043.162.344-98 Nome completo da vítima: Geralda Paulino de Lima

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

Nome completo: Geralda Paulino de Lima CPF: 043.162.344-98

Profissão: Agricultora Endereço: Comun. Pau Brasil Número: 51N Complemento: Casa

Bairro: Área rural Cidade: Itaperanga Estado: PB CEP: 58.780-000

E-mail: sertas.assessoria@hotmail.com Tel.(DDD): 83 999471520/987616835

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 03280 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Itaperanga PB, 25/10/2018

Nome: Marcelo Figueiredo Gomes

CPF: 080.672.574-50

X Marcelo Figueiredo Gomes

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: Antônio Rodrigues de Freitas

CPF: 273.416.534-87

X Antônio Rodrigues de Freitas

Assinatura

2º Nome: Ana Karla Figueiredo Gomes

CPF: 094.340.734-64

X Ana Karla Figueiredo Gomes

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 459 / 2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 09 / Junho / 2018 **HORAS:**

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

Francisco João de Lima, natural de Itaporanga/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 20.03.1964, filho de João Antonio de Lima e Maria Marques da Silva, RG 887.744/SSP/PB e CPF 739.181.054-15, residente no Sítio Pau Brasil, área rural de Itaporanga/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após ciente das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia 09/Junho/2018, por volta das 18h aproximadamente, regressava de Itaporanga para sua residência, pela BR 361, conduzindo a moto HONDA/CG 150 TITAN KS, cor Vermelha, Ano 2005, Placa MNF4818/PB e chassi 902K08105R875730, licenciada em seu próprio nome e levando no carona sua esposa Sra. Geralda Paulino de Lima, RG 2.753.657 / SSP/PB e CPF Nº. 043.162.344-98, residente no mesmo endereço e nas imediações da Substação de Itaporanga, colidiu em uma carroça de Burro, tendo Notificante e Carona, caída no acostamento, sendo o Notificante socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaporanga/PB, enquanto que sua esposa, foi socorrido por populares para o Hospital de Itaporanga/PB, e em seguida removida para o Hospital Regional de Patos/PB.

ITAPORANGA/PB, 05 DE JULHO DE 2018.

Francisco João de Lima
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

[Assinatura]
PRO. 012/2018
ENC. POLICIA 100-00000
CHEFE DE CASARDO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 043.162.344-98 Nome completo da vítima: Geralda Paulino de Lima

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

Nome completo: Geralda Paulino de Lima CPF: 043.162.344-98

Profissão: Agricultora Endereço: Comun. Pau Brasil Número: 51N Complemento: Casa

Bairro: Área rural Cidade: Itaperanga Estado: PB CEP: 58.780-000

E-mail: sertas.assessoria@hotmail.com Tel.(DDD): 83 999471520/987616835

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 03280 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Itaperanga PB, 25/10/2018

Nome: Marcelo Figueiredo Gomes

CPF: 080.672.574-50

X Marcelo Figueiredo Gomes

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: Antônio Rodrigues de Freitas

CPF: 273.416.534-87

X Antônio Rodrigues de Freitas

Assinatura

2º Nome: Ana Karla Figueiredo Gomes

CPF: 094.340.734-64

X Ana Karla Figueiredo Gomes

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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

Cod. Intern. 30935

Data/Hora 10/6/2018 00:19:15

Prontuario: 112342
Ocorrência: QUEDA DA PROPRIA ALTURA
Classif. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192
Origem: ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA

Reg: S Enc: S

Servidor do Dr.:

Paciente GERALDA PAULINO DE LIMA

Idade: 54 Gênero MULHER CIS

Filiação

Filiação I MARIA BRANDINA DA CONCEICAO
Filiação II JOSE PAULINO LOPES

Endereço

Cidade ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002
Endereço: SITIO PAU BRASIL
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: ITAPORANGA - PB
Fone: (83)99639-0686

N.:

Documentos

CNS: 206-9764-0854-0000
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 22/4/1964
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão:

Responsável: *Gerarda Paulino de Lima*

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

*Pete e fratura de acromioclavicular (D) e
plato lateral.*

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

Idem

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Idem

Diagnóstico: *Trat. acromioclavicular e Plato lateral (D)*

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: ____/____/____ Hora: ____ H ____ Min

Motivo: () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

ALANE

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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDA PAULINO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000003280-3

Nr. da Autenticação CA5E6775FECBF865

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIXA, 69 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 53790000 (AG: 154)



Emissão: 13/09/2018 Referência: Set / 2018

ENERGISA PARAIBA - DIST. REPUOCORA DE ENERGIA S/A

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO P. 230, 11-25 - Onça Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600

Potivo: 7 - 154 - 25 - 3890 Nº medidor: 6008205001

CNPJ: 08.065.183/01-11-40 Insc. Est. 16.015.225-9

Mais Fato: / Contador Energia Elétrica Nº 012.261.094

Cód. para DTH: Automático: 008027834

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.064-09
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
15/08/18	10230	13/09/18	11340	1	43	29	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Trimeste	Valor Base Calc Teto (R\$)	Aliq. ICMS (R\$)	Base Calc. Poi (R\$)	Coluna (R\$)
0801	Consumo em kWh	43,000	0.586410	24,31	0,00	0,00	24,31
9801	Adic. B. Vermelha			2,25	0,00	0,00	2,25
							0,02

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geralda Paulino de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.162.344 / 98 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Geralda Paulino de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.162.344 P 98 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 Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaporanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>53.780-000</u>
Email <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/987616835</u>	

Itaporanga 25 de Outubro de 2018.
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Francisco João de Lima

RG nº 887.744, data de expedição 19/10/2015 órgão SSDS/PB

Portador do CPF nº 739.181.054-15, com domicílio na cidade de Itaporanga, Estado de Paraíba, Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Comun. Pau Brasil

Área rural, nº 311, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vítima: Geralda Paulino de Lima

cujo condutor era: Francisco João de Lima

Veículo: Moto

Modelo: Honda/CG 150 Titan KS

Ano: 2005

Placa: MNF 4878/PB

Chassi: 9C2K08105R875730

Data do Acidente: 09/ Junho/ 2018

Local e Data Itaporanga/PB, 18/10/2018.

X Francisco João de Lima

Assinatura do De

CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHEÇO A FIRMA POR AUTENTICIDADE DE FRANCISCO JOÃO DE LIMA (E)
ITAPORANGA/PB, 18 de outubro de 2018.
Em test. Maria Rodrigues da verdade
Maria Rodrigues Custódio (Escrivente)
Selo Digital - AHP91487-2K9B
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus>

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é o proprietário do sinistro)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Relatório Médico

Geraldo Paulino de Lima

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 09/06/2018. Apresentou fraturas de tíbia direita, fêmur esquerdo e bacia. Apresentou ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Teve como procedimentos redução e imobilização cruenta com placa e parafuso em tíbia direita e parafuso em bacia. Realizou 30 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas atrofia de musculatura de membro inferior direito. Dificuldade de deambulação. Diminuição de movimento de rotação do membro inferior direito. Diminuição de extensão e flexão do joelho direito. Alta Médica à partir desta data.

22/02/2019

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400

Wryell Gomes Muniz

Médico CRM PB 11400



Relatório Médico

Geraldo Paulino de Lima

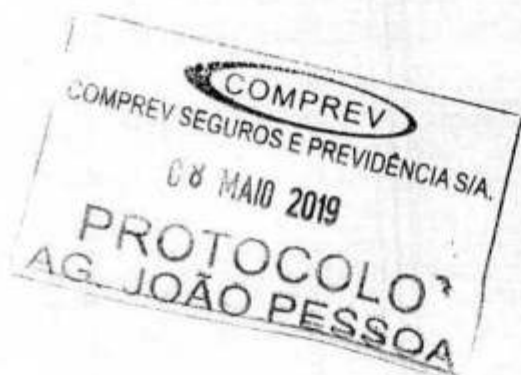
Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 09/06/2018. Apresentou fraturas de tíbia direita, fêmur esquerdo e bacia. Apresentou ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Teve como procedimentos redução e imobilização cruenta com placa e parafuso em tíbia direita e parafuso em bacia. Realizou 30 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas atrofia de musculatura de membro inferior direito. Dificuldade de deambulação. Diminuição de movimento de rotação do membro inferior direito. Diminuição de extensão e flexão do joelho direito. Alta Médica à partir desta data.

22/02/2019

Dr. Wryell Muniz
Médico
CRM-PB 11400

Wryell Gomes Muniz

Médico CRM PB 11400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000000000000000

ACC
00000000000000000000000000000000

CAT. HAB
AE

N° REGISTRO
0412221971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR
Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Anderson Soares Aluísio
 Diretor Presidente

12584580707
 PED79781305

PERNAMBUCO

DENAT/TRANSP. COM.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 06 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

CONTROL

40053-1524043-20171025

2408 / JGIM

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
06 NOV. 2018
PROTOCOLADO
AO PESSOAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180522002 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO,
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ACETÁBULO(01 PARAFUSO).
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATO TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

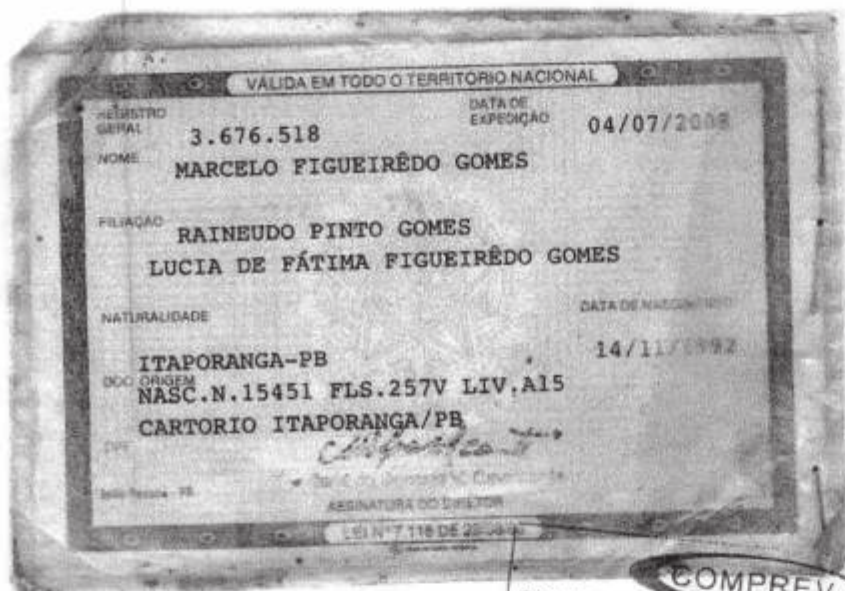
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO E MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

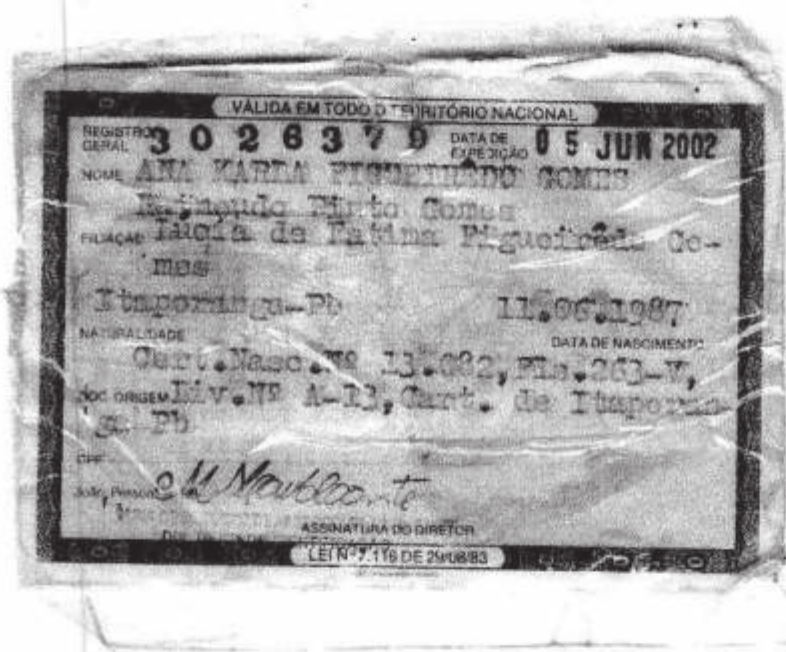
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Anexou a RG

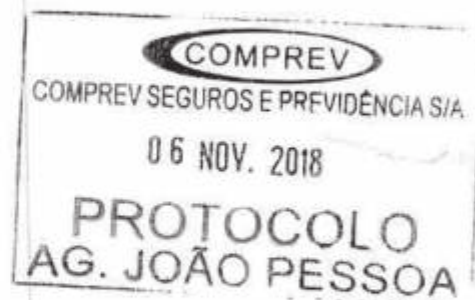
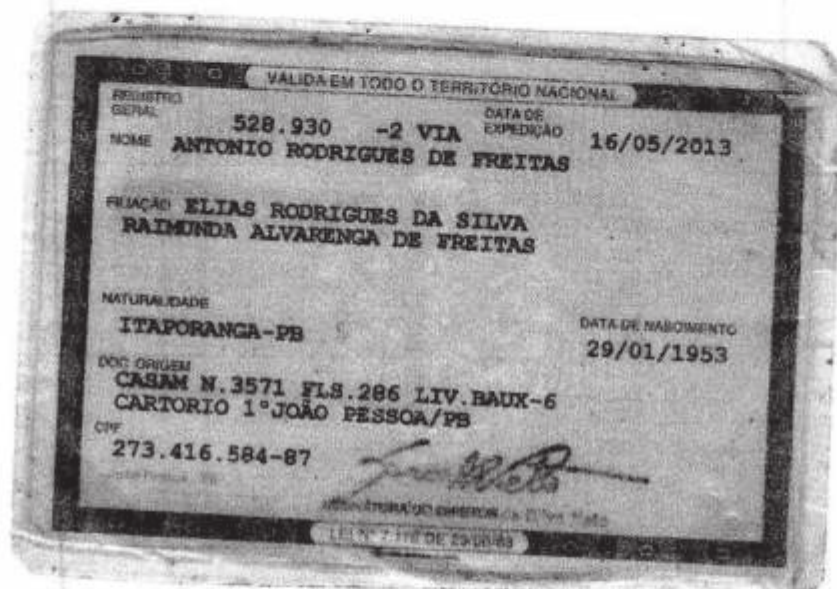


Testemunha





Testemunha



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geralda Paulino de Lima
Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casada
Profissão: Agricultora
Identidade: 2.753.657 / CPF: 043.162.344-98
Endereço: Comun. Pau Brasil, S/N, área rural, Itaporanga/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: Rua Manoel Pereira Lima, 58, Centro, Itaporanga/PB.

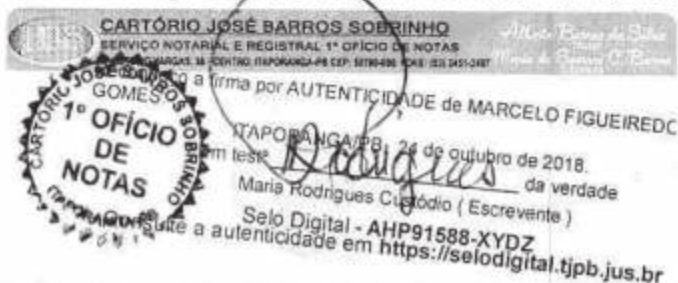
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: Geralda Paulino de Lima

OBS: Não assinado o outorgante, por não poder fazer, conforme declarou, estando o seu rogo assinado por Marcelo Figueiredo Gomes, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.676.518, e CPF nº 080.672.574-50, residente e domiciliado Comun. Pau Brasil, S/N, área rural, Itaporanga/PB.

Local e Data: Itaporanga/PB, 24/ outubro/2018.

x Marcelo Figueiredo Gomes

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403463/18

Número do Sinistro: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

CPF: 043.162.344-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDA PAULINO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/11/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDA PAULINO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522002**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13571123



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDA PAULINO DE LIMA

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

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13618469



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDA PAULINO DE LIMA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180522002

Vítima: GERALDA PAULINO DE LIMA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDA PAULINO DE LIMA

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

