

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



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

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

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.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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.seguradoraslider.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:

Nome completo da vítima:

043.162.344-98

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. Pan Brasil

Número:

SIN 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).

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: 03.280

(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 Lider 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

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de invalidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider 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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Tiguineido Gomes

CPF: 080.672.574-50

X Marcelo Tiguineido Gomes

(*) Assinatura de quem assina A RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Libero Rodriguez dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Antônio Rodrigues de Freitas
CPF: 273.416.584-87

X 04/10/2018 Pode ser usado 1/10

Assinatura

2º | Nome: Ana Karla Tiguineido Gomes
CPF: 094.340.734-64

X Ana Karla Tiguineido Gomes

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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:

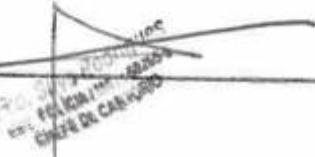
O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cometidas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

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 9G2KU08105R875730, 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 socorrida 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:



COMPREV
COMPRA, SEGURO E PREVIDÊNCIA /
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

FOLHA DE INVESTIGAÇÃO
CARTA DE CARTEIRA

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:	Nome completo da vítima:
	043.162.344-98	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. Pan Brasil	Número: 511 casa
Bairro: área rural	Cidade: Itaperanga	Estado: PB
E-mail: sertao.assessoria@hotmail.com		CEP: 58.780-000
		Tel.(DDD): 83 999471520/987616835

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 03280 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de invalidação 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 Lider 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.

MORTE

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 (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Tiguineido Gomes
 CPF: 080.672.574-50

X Marcelo Tiguineido Gomes
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

X Libero Rodriguez dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Antônio Rodrigues de Freitas
 CPF: 273.416.584-87
 X 273.416.584-87
 Assinatura

2º | Nome: Ana Karla Tiguineido Gomes
 CPF: 094.340.734-64
 X Ana Karla Tiguineido Gomes
 Assinatura

(*) 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 JANUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cod. Intern. 30935

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

N:

Naturalidade: ITAPORANGA - PB

Fone: (83)99639-0686

Documentos _____

CNS: 206-9764-0854-0000

'dentidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais _____

Nascimento 22/4/1964

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão:

Responsável: Geralda paulino de Lima

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

Pete u fratura do acelhula (D) e
plutó dia

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

Tch

COMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0943 - TECIT 121461

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Tch

Diagnóstico: Frat. acelhula + plutó dia (D)

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: 00000003280-3

Nr. da Autenticação CA5E6775FECBF865

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAINA, 59 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58790000 (AO 154)

Emissao: 13/09/2018 Referencia: Set / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 0420 KM:25 - Cidade Redentor- Jds. Pessos/PB CEP:58901-890

Pot. 0 - 154 - 25 - 3880

Nº medidor: 00006205001



ENERGISA PARAÍBA - DIST. INSTITUCIONAL DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.055.163/01-14-0 - Ins. Est. 16015.223-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°012.261.094

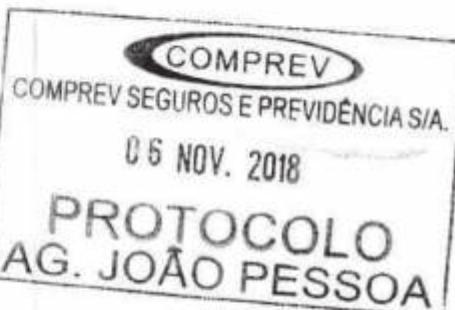
Cód. para DF: Automáticos: 00000278634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANF
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	038.247.064-09

UC (Unidade Consumidora):	5/27683-4
Canal de contato	

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
Demonstrativo				
CCI Destaçao Quantidade Tarifaz/ Valor Base Calc. Aliq. Irm(R\$) Bzze Calc. Ps(R\$) Cofre(R\$)				
Trilhos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Ps(Cofre)(R\$) (0,0009%) (0,7164%)				
0001 Consumo em kWh	43.500 0.586410	24.31 0.00 0 0.00	24.31 0.18 0.00	
0001 Adic. B. Vermelha		2.25 0.00 0 0.00	2.25 0.02 0.00	



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

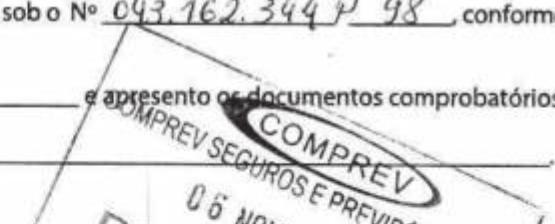
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Fáilson 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 invalidez da Vítima Geralda Paulino de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.162.344 / 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 Lider DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>58</u>	<u>Casa</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaporanga</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>	<u>831999471520</u>	<u>831987616835</u>	

Itaporanga, 25 de Outubro de 2018.
Local e Data

X Fáilson 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. Pan 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 4818/PB

Chassi: 9C2KCD08105R875730

Data do Acidente: 09 / Junho / 2018

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

Assinatura do De



CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS

AV. ESTUARIA MARINA, 36 CENTRO, ITAPORANGA/PB, 58200-000, FONE: (83) 3222-1100

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de FRANCISCO JOÃO DE LIMA.

ITAPORANGA/PB, 18 de outubro de 2018.

Em teste: Maria Rodrigues da verdade

Maria Rodrigues Custódio (Escrevente)

Selo Digital - AHP91487-2K9B
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinatura do Condutor: (Assinatura do condutor que sofreu o acidente) Móvel do
sinistro)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
U 6 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Relatório Médico

Geraldo Paulino de Lima

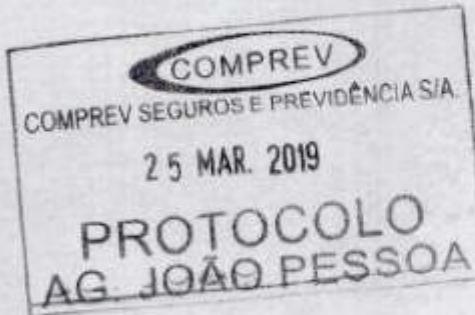
Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 09/06/2018. Apresentou fraturas de tibia direita, fêmur esquerdo e bacia. Apresentou ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Teve como procedimentos redução e imobilização cruenta com placa e parafuso em tibia direita e parafuso em bacia. Realizou 30 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 tibia direita, fêmur esquerdo e bacia. Apresentou ferimento corto-contuso em couro cabeludo. Teve como procedimentos redução e imobilização cruenta com placa e parafuso em tibia 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

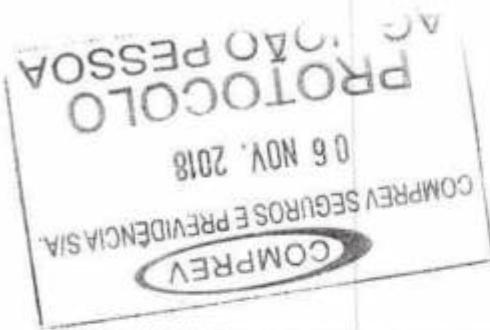
Wryell Gomes Muniz

Médico CRM PB 11400





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



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

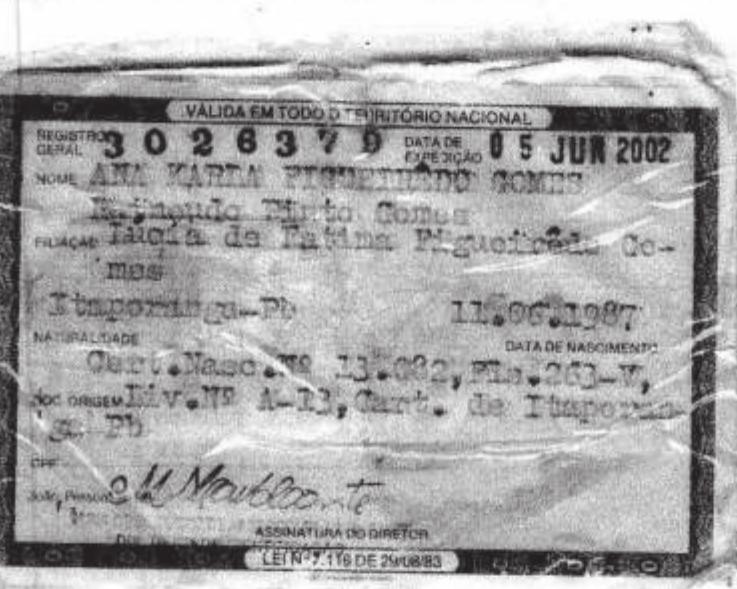
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio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



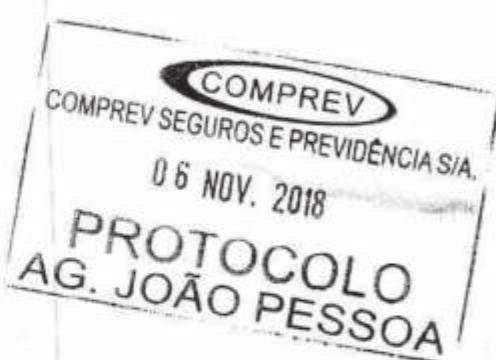
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Arquivo do menor

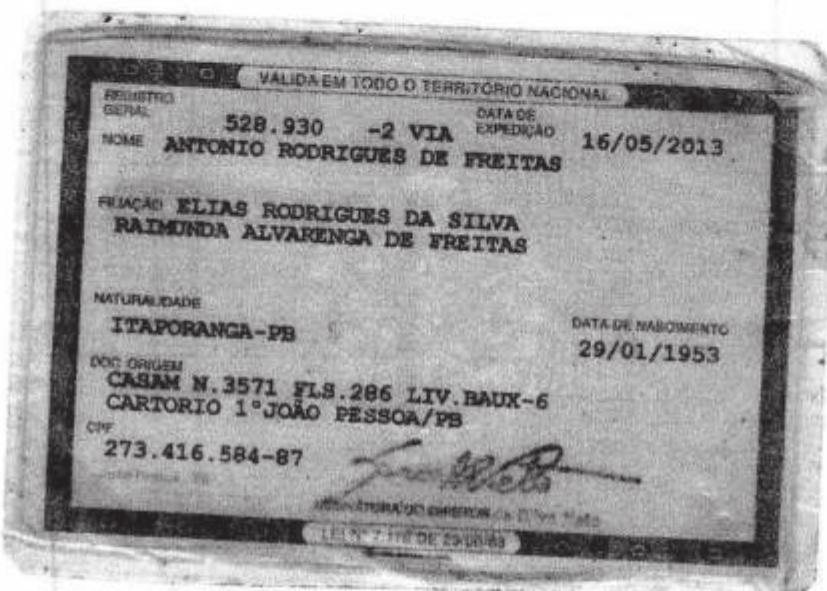


Teste múnha





Testemunha



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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Geralda Paulino de Pina
Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Casada
Profissão: Agricultora
Identidade: 2.753.657 / CPF: 043.162.344-98
Endereço: Comun. Pau Brasil, 511, área rural, Itaporangal 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 Lianay, 58, Centro, Itaporangal PB.

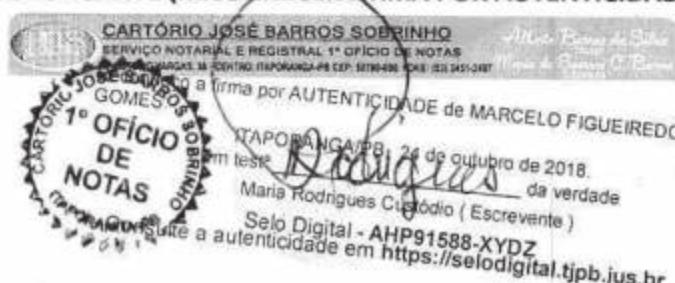
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinaturas em 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 Pina

OBS: Não assinado o outorgante, por não poder fazer, conforme declarou, estando o seu rogo assinado por marcelo figueiredo gomes, brasileiro, sócio, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.676.518, e CPF nº 080.672.574-50, residente e domiciliado Comun. Pau Brasil, 511, área rural, Itaporangal PB.

Local e Data: Itaporangal PB, 24/ outubro/2018

x Marcus 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: GERALDA PAULINO DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

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



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, 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.

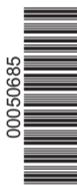
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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

