
Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200193360

Vítima: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200193360

Vítima: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000008194-3

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 087.295.414-50 3 - CPF da vítima: Carlos Anderson T. da Silva 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Carlos Anderson T. da Silva 6 - CPF: 087.295.414-50
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Otávia da Penha F. Guimarães 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-342
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663-4900

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 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: 3456 CONTA: 08194 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 (vai 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 18/03/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Carlos Anderson T. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 087.295.414-50 3 - CPF da vítima: Carlos Anderson T. da Silva 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Carlos Anderson T. da Silva 6 - CPF: 087.295.414-50
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Otávia da Penha F. Guimarães 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-342
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663-4900

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: 3456 CONTA: 08194 3 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 (assinale 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 (vai 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 18/03/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Carlos Anderson T. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02077.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02077.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:52 horas do dia 27 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Carlos Anderson Teotonio da Silva**, CPF nº 087.295.414-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Porteiro, filho(a) de Sandra de Fatima Chagas Teotonio da Silva e Reginaldo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/03/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria da Penha Freire Guimarães, Nº 62, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Psf da Família, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99644-5209.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, Posto Cajueiro, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/02/20 01:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 01/02/2020 por volta das 01:30 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG150 FAN ESDI; ano/mod: 2014/2014, de cor preta de placa: QFB69898/PB CHASSI: 9C2KC1680ER586601 pertencente ao Sr. LUAN SILVA DOS SANTOS portador do CPF: 096.403.734-35, Que transitava pela Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, João Pessoa-PB, Que segundo a mesmo vinha pilotando normalmente a moto, levando na garupa a Sra. Patrícia Lima de Oliveira portadora do CPF: 057.767.044-13, quando surgiu um veículo, de placa OIF7122/PB, na contra-mão e colidiu de frente com a moto conduzida pelo declarante, Que devido ao fato o declarante veio a cair e a garupa caíram ao solo e vieram a se lesionar sendo socorridos, pelos BOMBEIROS, e conduzidos ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde o declarante foi transferido posteriormente para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO CID S52.5, conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. VALDEBAN CARVALHO CRM 7692 PB.

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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria de
Segurança

João Pessoa/PB, 27 de

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

CARLOS ANDERSON TEOTONIO
Noticiante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200193360 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.
P.6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 087.295.414-50 3 - CPF da vítima: Carlos Anderson T. da Silva 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: Carlos Anderson T. da Silva 6 - CPF: 087.295.414-50
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Otávia da Penha F. Guimarães 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-342
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663-4900

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3456 CONTA: 08194 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 (vai 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 18/03/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Carlos Anderson T. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000008194-3

Nr. da Autenticação 5BCC58A3C662B04D



Agência: MONTAFACIO
 Cta/Soc: RES-MTC-BU-RENDENCIA-RES-RENT-94
 Rubens: 10-2-301-3040 Referência: Jan/03
 Modulo: 000006/018 Emissão: 10/01/2003

ENERGIA PARA O TERCEIRO PAÍS ENERGISA
 8020 Km.5, Cuiabá-Roraima, Joo Paulo de Lencastre 1400
 CEP: 69015-100 Roraima, Brasil. Tel: 065 8034

Cód. para Deb. Automático: 0001501240

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0168 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / RANI
Jan / 2020	16/01/2020	14/02/2020	087 485 924-48

UC (Unidade Consumidora): 5/1160124-2

Canal de contato

Aggiornato il 27/05/2019 (per informazioni: info@atc.it)
 Informativa per il cliente: www.atc.it

[illegible]

CCI - Códigos de Classificação do Item	10-120	114,80	187,70	29,93	187,70	1,07	4,95
--	--------	--------	--------	-------	--------	------	------

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
193	23/01/2020	R\$ 114,68

Histórico de Consumo (kWh)

100	150	150	124	180	134	113	89	120	130	145	145
Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18	Dec18

RESERVING ASSETS

ad5b 866a 0fa1 f8f0 84d1 2480 347f 83cd

Indicadores de Qualidade 11 2019 - Múltipla

Comments to the Editors

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
DAC-GERAL	5,31	0,00	14 JORNAL	27,85	24,26
DAC-TRABALHISTAS	30,87			36,48	31,81
DAC-PAVIMENTACAO	27,26			2,14	1,86
FR. MUNICIPAL	3,30	0,00	CONSTITUENTE	4,19	3,65
FIC-TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	43,82	38,54
FIC-ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DAC	5,62	0,00			
	11,77				
				114,88	100,00

May 07: 150 (Pat 11/01/1983) 17

ATENÇÃO

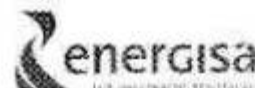
Faturas em atraso

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguradora de crédito.

Recibo para simplificar pagamento de nota fiscal, emissão de empresa pública. Nº 059.214.562



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680
CNPJ 03.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.615.623-4

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	18/02/2020	276	27/02/2020	R\$ 229,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/02/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008616123	001698281202002	27/02/2020	R\$ 229,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064 3/2447-3				

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SIBIC/CTCAWEB/DOC/ORIGINAL/ASP/XTIPO-18/CODIGO-29636>

A Circular SUSEP 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 da 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 Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Anderson T. da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-295.414/50

do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Carlos Anderson T. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 087-295.414/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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. 399 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Jose C. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 918663490</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 18/03/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Carlos Anderson Testeiro da Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº: <i>da Silva</i>	
IDADE: <i>31a</i>	SEXO: <i>Masculino</i>	COR: <i>Branca</i>	LEITO: <i>014</i>
DATA DE ADMISSÃO: <i>01/02/2020</i>	DATA DE ALTA: <i>07/02/2020</i>	TEMPO DE HUMANIZAÇÃO: <i>6 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>fs de ruído dental (D)</i>		CID: <i>S02.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>fs de ruído dental (D)</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES:			
INVESTIGAMENTO REALIZADO: <i>Rx</i>			
TERAPIA MÉDICA/QUÍMICA: <i>RAFI</i>			
ANATOMIA PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO	CURSA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:			
CONDIÇÃO DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

REGISTRO CLÍNICO: <i>fs de ruído dental (D) Tratamento cirúrgico. Recebe alta e segue com medicação. Acompanhar em ambulatório.</i>	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES:
---	---

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do *Dr. Verival* em *30 dias* para revisão.

07/02/2020
DATA

Dr. Verival
ASS. MÉDICO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

Nome
CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

RG
2479391

CPF
087.295.414-50

DATA NASCIMENTO
13/03/1989

TERCEIRO
REGISTRAR DA SILVA

SAÚDE DE FÁTIMA CEA
GAS TEOTONIO DA SILVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

DATA
14/08/2012

DATA EMISSÃO
19/06/2017

ASSINATURA DO TITULAR
CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

ASSINATURA DO EMISSOR
JOAO PESSOA, PB

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1489012681

PROIBIDO PLASTIFICAR
1489012681



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Anderson Teotonio da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Porteiro, residente e domiciliado à Rua W. R. da Silva nº 62, bairro João Paulo II, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58076-342, portador(a) do Rg nº 2678397, SSP/PB e CPF nº 087.295.414-50

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Alm. E. Siqueira Costa nº 157, bairro Manoel Gabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 155.536.024-97

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Anderson Teotonio da Silva, ocorrido em 02/02/2015, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2015.



Carlos Anderson Teotonio da Silva
Outorgante
CPF Nº 087.295.414-50

Obs.: Reconhecer firma em cartório de autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA, [37225], J. Pessoa-PB, 27/02/2015
10:45:25 Emol: R\$10,22 Farpem: R\$0,30 Fepi: R\$2,04
ISS: R\$0,51. Em test da verdade. Tabela CELEIDA
PEREIRA SILVA. Selo Digital A2V92292-ATP4 Condição



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Anderson Teotonio da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Porteiro, residente e domiciliado à Rua W. R. da Vinha Verde nº 62, bairro João Paulo III, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58076-342, portador(a) do Rg nº 2678397, SSP/PB e CPF nº 087.295.414-50

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Alm. E. Siqueira Costa Junior nº 157, bairro Mem. Gabriela, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 155.536.024-97

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Anderson Teotonio da Silva, ocorrido em 03/02/2015, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

João Pessoa, 27 de fevereiro de 2015.



Carlos Anderson Teotonio da Silva
Outorgante
CPF Nº 087.295.414-50

Obs.: Reconhecer firma em cartório de autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua José Celso de Albuquerque, 100 - Fone: 3367-1111 - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58076-342
Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA, [37225], J. Pessoa-PB, 27/02/2015
10:45:25 Emol: R\$10,22 Farpem: R\$30,30 Fepi: R\$2,04
ISS: R\$40,51. Em test da verdade. Tabela CELEIDA
PEREIRA SILVA. Selo Digital A2V92292-ATP4 Condição



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150288/20

Vítima: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

CPF: 087.295.414-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ANDERSON
TEOTONIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA : 087.295.414-50

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 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: 28/05/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096784/20

Vítima: CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA

CPF: 087.295.414-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: CARLOS ANDERSON
TEOTONIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

CARLOS ANDERSON TEOTONIO DA SILVA : 087.295.414-50

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 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: 18/03/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO