

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, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necrópsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 026.661.564-35 Severino José dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - Profissão:	7 - Endereço:	8 - CEP:	9 - Número:
10 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:	14 - Complemento:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (83) 9 8663-4900			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUI INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (escolha para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0042	CONTA: 92969	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na minha 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 sumamente agir a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

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

- Não há IML que 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.

Peço 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim	34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	nascido/a/cravado/a?	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

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

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data,	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	
41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 45148 0388

SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Mastec

01/2013 00092969-8 05/21



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 030981.01.2020.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 030981.01.2020.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na integra: às 12:20 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **SEVERINO JOSE DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de João Pessoa, nascido(a) em 22/04/1957, idade 63, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DO CARMO DE CARVALHO e JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS, CPF 026.661.564-35, residente e domiciliado(a) no(a) RUA FERNANDO DE LACERDA COELHO, nº 141, bairro ALTO DA BOA VISTA, na cidade de Guarabira/PB. CEP: 58200000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 03/05/2020 13:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA JARDIM, PRIMAVERA, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA CG 150 FAN ESI, ANO/MOD 2012, COR PRETA, PLACA NQB 6533/PB, CHASSI9C2KC1670CR487620 , em nome do DECLARANTE, quando vinha pilotando a moto momento em que outra moto não identificada estidiu de frente, perdendo o controle e caiu ao chão sendo socorrido pelo BOMBEIROS para o hospital Regional e em seguida para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido

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

SEVERINO JOSE DOS SANTOS

916403EA9B9887863AE0D7FE712231

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.

The screenshot shows the homepage of the Delegacia Online website for the State of Paraíba. The header features the logo of the Civil Police of Paraíba and the text "ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL Delegacia Online". Below the header, there are three main sections: "Perguntas" (Questions), "Boletim de Ocorrência" (Occurrences Bulletin), and "Avisos" (Notices). The "Perguntas" section contains links to frequently asked questions about reporting incidents online. The "Boletim de Ocorrência" section lists five types of incidents: Registro BO (Periodo Emergencial), Acidente de Trânsito, Extravio ou Perda, Furto Simples, and Pessoas Desaparecidas. The "Avisos" section contains a warning about false communication to the police, stating it constitutes a crime under Article 340 of the Brazilian Penal Code, with a fine or imprisonment of up to 6 months.

Perguntas	Boletim de Ocorrência	Avisos
Que tipo de ocorrência eu posso registrar pela Delegacia Online?	Registro BO (Periodo Emergencial) Boletim para substituir as ocorrências realizadas nas delegacias físicas	Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro
Não posso e-mail, ainda assim, posso registrar uma ocorrência pela Internet?	Acidente de Trânsito Acidente de trânsito sem vítimas	Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.
O valor do Boletim Eletrônico de Ocorrência é o mesmo do Boletim de Ocorrência registrado em uma delegacia?	Extravio ou Perda Perda, sumiço ou desaparecimento de objetos e/ou documentos	
Outras perguntas...	Furto Simples Apropriação indevida de objetos ou valores financeiros	
	Pessoas Desaparecidas Desaparecimento de pessoas por razões desconhecidas	

Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QRCOD e numeração para consultar a veracidade.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 026.661.564-35 Severino José dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - Profissão:	7 - Endereço:	8 - CEP:	9 - Número:
10 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:	14 - Complemento:
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (83) 9 8663-4900			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUI INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (escolha para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0042	CONTA: 92969	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na minha 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 sumamente agir a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

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

- Não há IML que 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.

Peço 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim	34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	nascido/a/cravado/a?	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

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

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido		Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, <i>João Pessoa - PB 22/06/2020</i>		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 45148 0388

SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Mastec

01/2013 00092969-8 05/21



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº:	CLÍNICA:
DO HOSPITAL:	Regional de Guarabira
PARA O HOSPITAL:	Treze de Maio
MÉDICO ASSISTENTE:	
	DATA: 03 / 05 / 2020

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:					
NAME:	Secundino José dos Santos	SEXO:	M.		
PROFISSÃO:		DOCUMENTO:	Nº	IDADE:	63a
ENDEREÇO:		BAIRRO:			
MUNICÍPIO:	Guarabira	ESTADO: PB			

ANAMISES E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:	
Paciente vítima de colisão moto x moto, com lesão extensa em dorso de pé (E), com lesões dos extensores dos dedos.	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	Oxibenz corto contém an 2'03'026, ser les Tardas Entusado.
Dipirona 2g Tenox com 40mg Cefalotina 0,5g SAT 5.000 U.I	

DIAGNÓSTICO
PROVÁVEL: Lesão dos extensores dos dedos do pé (E). CID:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):	 Dr. José Jandá Cirurgião Geral CRM/RN 8304 / CRM/PB 1175
---------------------------------------	--

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GCV. TARCISIO EURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
0056 384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 316194 Atd: Nao Regulado
Data: 03/05/2020
Hora: 16:35:58
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAUJO
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.05.000170

Nome: SEVERINO JOSE DOS SANTOS
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 026.661.564-35

Sexo: M IDENTIDADE: 620008 Fone: 988429602

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1957 Id: 63 ano(s)

End.: RUA FERNANDO LACERDA COELHO, 141

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: GUARABIRA UF :PB

Mae: MARIA DO CARMO DE CARVALHO Pai: JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS

Esposa: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

tel/Doc. Responsavel: 988429602 / IDENTIDADE: 620008

Procedencia: HOSPITAL HRG

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

TC: PE (6)
DATA: 07-05-2020
Hora: 15:36

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Nipo de Classificacão de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Abd:	C2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal Observacao			

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com dor estender.

Diagnostico

Conduta

Rescricoes

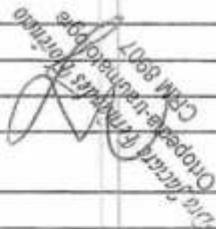
Horario da medicacao

Obs: Internado
PL 470 cm).

2020-05-07
Dr. JACINTO FERREIRA DE LIMA FILHO
Ortopedico- Traumatologista

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Souza José dos Reis Data da Admissão: / /
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /
QPD: Luis Gonzaga a/c
HDA: menino p/ 40
durante.
Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Governo José dos Góes</i>				Registro:	
Idade: <i>07/01/70</i>	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Orfe</i>	EMP:	LR:
Data: <i>07/01/70</i>	Cirurgião: <i>D. Teófilo</i>		1º Assistente: <i>D. Teófilo</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I:
					T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Cerdeira estéril da parte molar no pé (C)</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>Urticaria ligamentosa?</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>EMC + desbordamento + reparo de lesão tendínea</i>		
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva: Dr. Teófilo, Ortopedia e Traumatologia ET0-16216 PB 0090
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

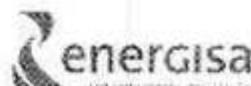
AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000092969-8

Nr. da Autenticação B3B89B5946A1D97E

BOLETO PARA PAGAMENTO

- Documento deve estar fechado.
- Documento não é exigível para descontos.
- Banco para sempre pagar preferencialmente esta nota fiscal emitida da energisa energia. N° 044.638.249



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.921-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 13 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

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/BIBLIO/ECAWEB/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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FIM AUTODE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Severino José dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.661.564.35
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Severino José dos Santos
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.663.564.35, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

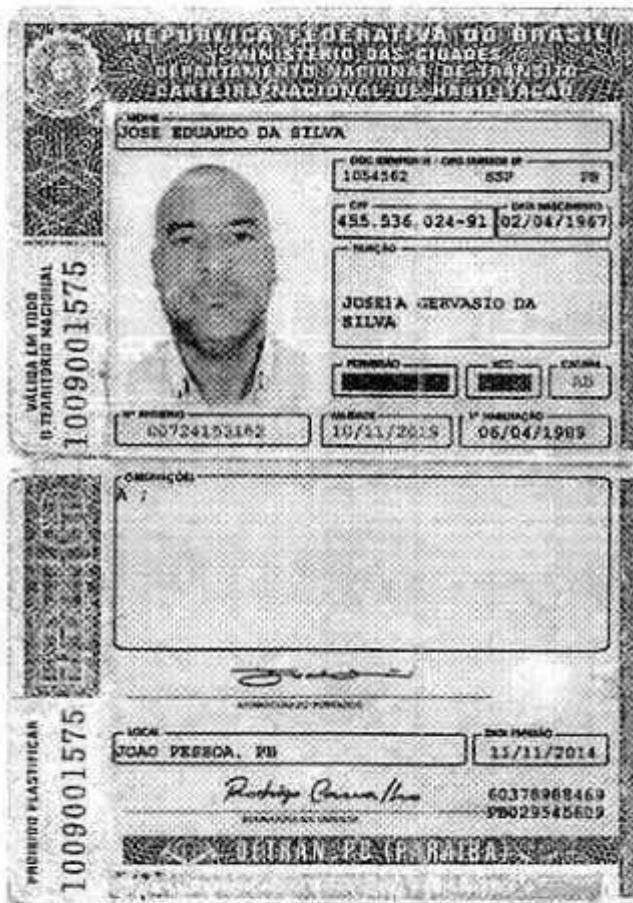
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

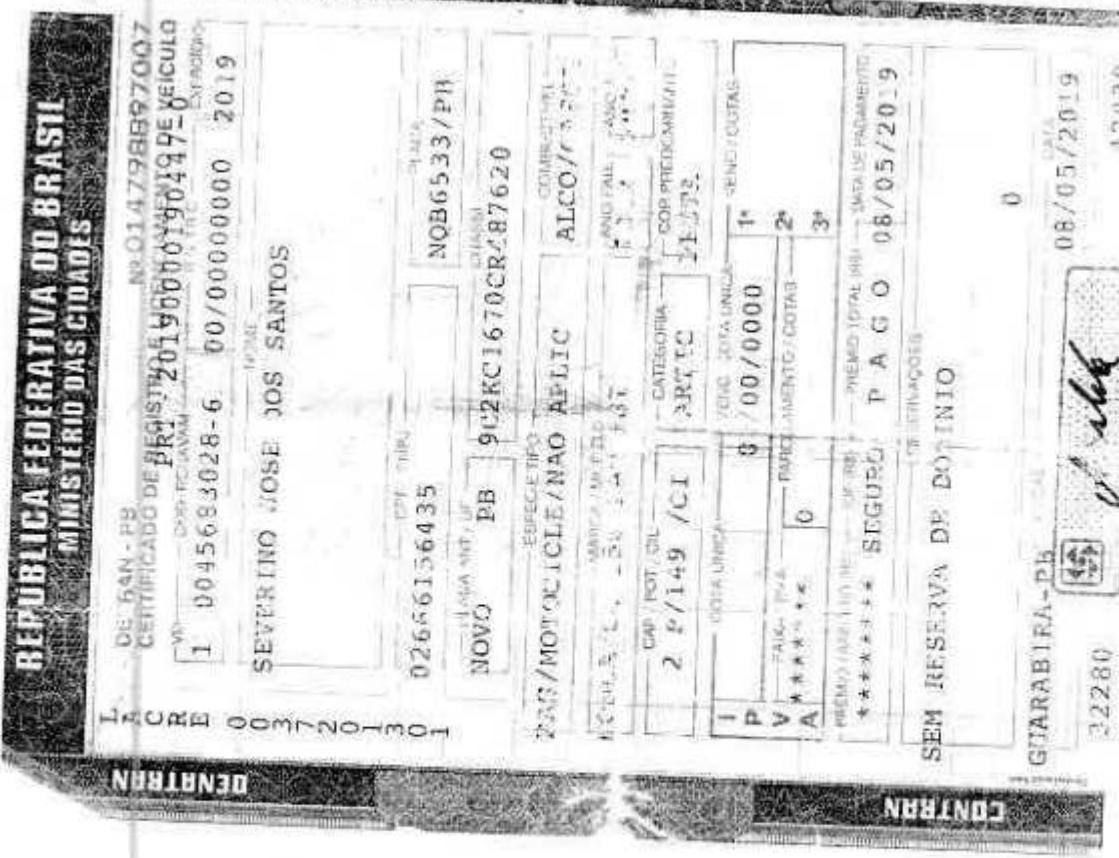
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>357</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 9 8663 4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/06/2020

Assinatura do Declarante





PROCURACÃO

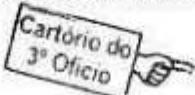
Outorgante: Severino José dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Fernanda Lacerda Góes, nº 141, bairro alto da serra rustica, Município de Guarabira, Estado de(o) PB, Cep 53200-000, portador(a) do RG nº 620-008, SSP/ PB e CPF nº 026.661.564-35

Outorgado: José Eduardo da Silveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Fidalgo, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 530.56-384, portador (a) do RG nº 1054762, SSP/ PB e CPF nº 455-536-024-91

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) Severino José dos Santos, ocorrido em 03/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validez.

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.

Guarabira, 09 de Junho de 2020.



Severino José dos Santos
Outorgante
CPF Nº. 026.661.564-35

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

FP FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial
Praca Lima, 155 - Centro - São Luís - MA
CEP: 65.000-000 - Fone: (98) 3227-7084
e-mail: cartoriofati@uol.com.br

Reconheço, como autêntico e verdadeira, a(s) firma(s) de:
SEVERINO JOSÉ DOS SANTOS
Em testemunha: Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
Tabelião de Notariais nº 10.27. Fazendas 2.04.055-PB 0.51
SEU DOUTOR ADONIS VIEIRA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221259 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO (LISFRANC / LESÃO DOS EXTENSORES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 1 A 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: INDENIZAÇÃO EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO PÉ DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50