

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200296970**

**Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 17/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

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, contados 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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200296970**

**Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 17/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

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

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Documentação médica-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue. |
|---------------------------------------|--|

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 - NPF do sinistro ou ASL:            | 3 - CPF da vítima:   | Nome completo da vítima:                                 |                                |
|  | 058.692.674-73   | Silvio Rosendo Rodrigues                                 |                                |

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

## DADOS CADASTRAIS

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: | 6 - CEP:          |
| 7 - Profissão:     | 8 - Número:       |
| 9 - Endereço:      | 10 - Complemento: |
| 11 - Cidade:       | 12 - CEP:         |
| 13 - Pá:           | 14 - Tel (DDD):   |
| 15 - E-mail:       | 16 - Tel (DDD):   |

Silvio Rosendo Rodrigues 058.692.674-73  
 Recuso 219  
 R- Mar Ida Islanda Cabedelo PB 58302-093  
 Intermarés (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 na endereço acima informada, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].  |                                    |  |                                    |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   |                                    |  |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.704,00 A R\$1.000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$2.500,00   |                                    |  |                                    |
| 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 (informar para inscrição no anexo - nome e nome titular)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                    |  |                                    |
| AGÊNCIA: 0617  | CONTA: 34102                       | AGÊNCIA: <input type="text"/>          |                                    |
| (Informar o dígito de verificação)   | (Informar o dígito de verificação) | (Informar o dígito de verificação)     | (Informar o dígito de verificação) |
| (Informar o dígito de verificação)   | (Informar o dígito de verificação) |  |                                    |

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização que me é devida do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre, a sua liberação para credito, quaisquer 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura 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.

Informações complementares, salvo o prazo de apresentação do laudo do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, de forma a não obstar a sua validade, a existência de laudos de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, concomitantes de acidente e/ou de morte, conforme o art. 6º, I, da Lei nº 7.743, art. 3º, §1º, da qual sendo essa minha autorização não significa previsão comunitária com a Líder, mediante credito a respeito da sua cobertura.

## DECLARAÇÃO DE UNIÓES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|   |                                      |  |                                     |   |                                 |  |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 23 - Cidade 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 - Caza do óbito da vítima:                                      |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:     | 26 - Vítima (informe companheiro(a)) | <input type="checkbox"/> Sim               | <input type="checkbox"/> Não        | 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: |                                 |  |
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar:      | 30 - Vítima deixa:                         | <input type="checkbox"/> Sim        | 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim                         | 32 - Se tinha irmãos, informar: | 33 - Vítima deixou pais/avós/vividos? <input type="checkbox"/> Sim |
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Não | Vivos: Falecidos:                    | restituir heranças?                        | <input type="checkbox"/> Não        | 29 - Vítima: <input type="checkbox"/> Não                         | Vivos: Falecidos:               | <input type="checkbox"/> Não                                       |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem beneficiários que se apresentarem para a cobertura, estando ciente, ainda, de que qualquer comissão ou percentagem não viciará a polícia geral e integração de resgate ou valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 229 do Código Penal.

## NAO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

40 - Luso e Data:

João Pessoa - PB 3810812020  
 Sub 910812020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



agencia - 0617

06 013

conta - 00014102-6

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 084893184-09

4 - Nome completo da vítima:

Rebeca Thays Alves Paula

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

5 - Nome completo:

Rebeca Thays Alves Paula

6 - CPF: 084893184-09

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

Sindicato Montenegro

9 - Número: 415

10 - Complemento: Cova

11 - Bairro:

Monte Castelo

12 - Cidade:

Lampruna Graciosa

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58406-100

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: HU PAGAMENTO S.A.

AGÊNCIA: (001)

CONTA: 0146-4386

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (viventes)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

João Pessoa 28/09/10  
Rebeca Thays

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 053034.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA o requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 053034.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Cívalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passa a transcrever na íntegra: às 10:13 min do dia 29/07/2020, na Delegacia Online, **SILVIO ROSENDO RODRIGUES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONOMO, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 25/09/1982, idade 37, estado civil Solteiro (a), filho(a) de MARIA CECILIA DA CONCEIÇÃO e SEVERINO ROSENDO RODRIGUES, CPF 058.692.674-71, residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Mar da Irlanda, nº 219, complemento CASA C, bairro Intermares, na cidade de Cabedelo/PB, CEP: 58102091, telefone(s) 839, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 17/05/2020 17:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 018, JACUMA, Conde/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto YAMAHA YS 150 FAZER ED, ANO/MOD 2015/2015, COR PRETA, PLACA PCN 54-6 PB, CHASSI 9C6KG0660F0043181, em nome de EDUARDO JOSE DA COSTA, CPF de nº 01307287484, quando o pneu dianteiro estourou perdeu o controle da moto caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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.



SILVIO ROSENDO RODRIGUES

2E983CFB6D29AA39E6C2D4577DE51A9

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](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br), Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# 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 - NPF do sinistro ou ASL:            | 3 - CPF da vítima:   | Nome completo da vítima:                                 |                                |
|  | 058.692.674-73   | Silvio Rosendo Rodrigues                                 |                                |

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

## DADOS CADASTRAIS

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: | 6 - CEP:          |
| 7 - Profissão:     | 8 - Número:       |
| 9 - Endereço:      | 10 - Complemento: |
| 11 - Cidade:       | 12 - CEP:         |
| 13 - Pá:           | 14 - Tel (DDD):   |
| 15 - E-mail:       | 16 - Tel (DDD):   |

Silvio Rosendo Rodrigues 058.692.674-73  
 Recuso 219  
 R- Mar Ida Islanda Cabedelo PB 58302-093  
 Intermarés (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 na endereço acima informada, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].  |                                    |  |                                    |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   |                                    |  |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.704,00 A R\$1.000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$2.500,00   |                                    |  |                                    |
| 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 (informar para inscrição no anexo - nome e nome titular)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                    |  |                                    |
| AGÊNCIA: 0617  | CONTA: 34102                       | AGÊNCIA: <input type="text"/>          |                                    |
| (Informar o dígito de verificação)   | (Informar o dígito de verificação) | (Informar o dígito de verificação)     | (Informar o dígito de verificação) |
| (Informar o dígito de verificação)   | (Informar o dígito de verificação) |  |                                    |

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização que me é devida do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre, a sua liberação para credito, quaisquer 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura 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.

Informações complementares, salvo o prazo de realização da perícia, de acordo com a legislação, a qual é de responsabilidade da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, concomitantes de acidente de trânsito, conforme o art. 6º, I, da Lei nº 7.746, art. 3º, §1º, daqui sendo essa minha autorização não significa previsão comitativa com a futura realização médica e necessária ao direito de que é devida da Seguradora.

## DECLARAÇÃO DE UNIÓES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|   |                                      |  |                                     |   |                                 |  |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|
| 23 - Cidade 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 - Caza do óbito da vítima:                                      |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:     | 26 - Vítima (informe companheiro(a)) | <input type="checkbox"/> Sim               | <input type="checkbox"/> Não        | 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: |                                 |  |
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar:      | 30 - Vítima deixa:                         | <input type="checkbox"/> Sim        | 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim                         | 32 - Se tinha irmãos, informar: | 33 - Vítima deixou pais/avós/vividos? <input type="checkbox"/> Sim |
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Não | Vivos: Falecidos:                    | 30 - Vítima deixa:                         | <input type="checkbox"/> Não        | 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Não                         | Vivos: Falecidos:               | 33 - Vítima deixou pais/avós/vividos? <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem beneficiários que se apresentarem e/ou comprovarem estar no direito, sendo, que que aqueles beneficiários não viverem mais, a Seguradora poderá gerar a integração de resgate o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 229 do Código Penal.

## NAO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

40 - Luso. e Data:

João Pessoa - PB 3810812020  
 Sub 910812020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha



agencia - 0617

06 013

conta - 00014102-6

# 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: 2.362,50

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

CLIENTE: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000130014102-6

---

Nr. da Autenticação 10B0A5E6C32A5EFE



SG: 090.059.813

02/01/2020

115644

DESTINATÁRIO

|||||



CTC RECIFE PE PL7  
SILVIO ROSENDO RODRIGUES  
R MAR DA ISLANDA 219 C  
INTERMARES  
58102-091 CABEDELO PB



7213099639711040000011564430020120

## BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 02.881.163/0001-40 - INSC. FED: 31151287

## 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 | VERIFICAÇÃO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|-------------|---------------|
| JUL/2020   | 20/07/2020   | 186     | 27/07/2020  | R\$ 155,48    |

|  |                 |                 |                 |                    |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL   |                 |                 |                 |                    |
| CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/07/2020   |                 |                 |                 |                    |
| Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45<br>RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP: 00000-000                         |                 |                 |                 |                    |
| Número-Número:   | Nº Documento    | Data Vencimento | Nº do Documento | Valor Pags         |
| 31502440010503502  | 000000000202007 | 27/07/2020      | RE 155,48       | 01.086.183/0001-42 |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA<br>BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680<br>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](http://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 12 06 | Central Ouvidoria: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754.74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Silvio Rosendo Rodrigues Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.692.674.71  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez na Vítima Silvio Rosendo Rodrigues  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.692.674.71 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 à 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 6. Duarte</u> | Número: | <u>157</u>         | Complemento: |           |      |                  |                        |
| Bairro:   | <u>Viangabeira</u>                      | Cidade: | <u>João Pessoa</u> | Estado:      | <u>PB</u> | CEP: | <u>58056-384</u> |                        |
| E-mail:   |   |         |                    |              |           |      | Tel (DDP):       | <u>(83) 98663-4900</u> |

Local e Data: João Pessoa - PB 18/08/2020

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|  |                  |              |                                    |                      |               |
|--|------------------|--------------|------------------------------------|----------------------|---------------|
| NOME <b>Silvio Rosendo Rodrigues</b>   |                  |              |                                    |                      | PRONTUÁRIO N° |
| IDADE 37A  | SEXO <b>MASC</b> | COR          | CLÍNICA: <b>Ortopedia</b>          | ENF.                 | LEITO         |
| DATA DE ADMISSÃO<br>17/05/2020   |                  |              | DATA DE ALTA 21/05/2020            | TEMPO DE PERMANÊNCIA |               |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura do 2 Metacarpo D.A MÃO direita + fratura Escafoide</i> |                  |              |                                    |                      | CID<br>5.62.0 |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO<br><i>O mesmo</i>   |                  |              |                                    |                      |               |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS  |                  |              |                                    |                      |               |
| PRINCIPAIS EXAMES<br><i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>                |                  |              |                                    |                      |               |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA  |                  |              |                                    |                      |               |
| ANATOMIA PATOLÓGICA  |                  |              |                                    |                      |               |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO   |                  |              | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO |                      |               |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA  |                  |              |                                    |                      |               |
| CONDIÇÕES DE ALTA<br>(X) MELHORADO   |                  | ( ) REMOVIDO | ( ) A PEDIDO                       | ( ) CURADO           | ( )           |
| ÓBITO  |                  |              |                                    |                      |               |

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRICO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)  
 Paciente portador(a) de *Fratura do 2 Metacarpo D.A MÃO direita + fratura de Escafoide* foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de *REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA*. Rezende alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornar ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.

Retornar às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *PROFENID, CIPROFLOXACINO*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. *Dc. TEMISTOCLES*

*Antônio B.S. Nuno  
Médico  
CRM PB - 13.125*

21/05/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



~~ORTOPEDIA~~ \* 17/05/2020 \* 22:02h

\* Paciente com Fratura maxilo-  
cervical de ant. (5), com  
redução de PTO angulosa, Apesar  
de ser de mola.

OBS: \* Paciente ALTO RISCO com Sintomas  
de embolismo se venoso  
hospital. (Foi hospitalizado nos primeiros dias)

\* Diagnóstico: Fratura maxilo-cervical  
de mola (5)

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| Qtd. | Medicamentos      | Dose | Horário | Evolução    |
|------|-------------------|------|---------|-------------|
| 1    | 1. Solto novo rx. |      |         |             |
| 2    | 2. Amox 1000 mg   |      |         |             |
|      |                   |      |         | OBS: Pta R2 |
|      |                   |      |         | Ar. 22:12h  |
|      |                   |      |         | Carimbo o P |

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Assinatura de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 11070 / TECR 15/47/RQE-5245

DR. Q. Gomes

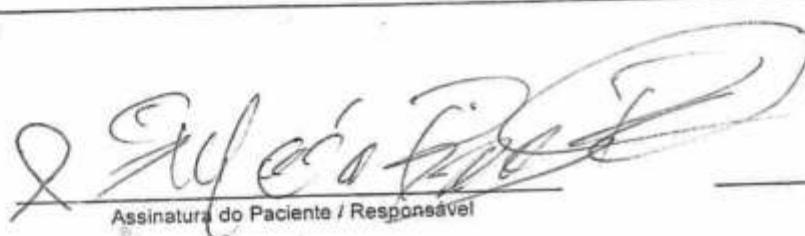
o como P

angulo P

No ar.

DESTINO DO PACIENTE:

|  |                                      |  |                                |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residência    | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistência     | <input type="checkbox"/> U.T.I |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria  | Óbito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> S.V.O |
|  |                                      |  | <input type="checkbox"/> I.M.L |



Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Silvio Rosendo Bento Data da Admissão: 17/05/13  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Ex - lavora de manhã

HDA: carregar as mias (f) + fd

de manhã

PT de manhã de manhã

história ( 6245 an)

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

*Temistocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CAMP. 2010 / TEL: 15747 / RQE: 5245*

### 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  
 [ ]Dispnéia [ ]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 \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]JHAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

*Rx*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*Rx hiperplasia mamaria*

Conduta: \_\_\_\_\_

*Revisão:  
ORTOPEDISTA  
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE FETO*

*Bx  
Rx  
Rx*

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|  |               |  |                  |                         |             |
|--|---------------|--|------------------|-------------------------|-------------|
| Nome: <i>Silvio Bruno Ribeiro</i>  |               | Registro:  |                  |                         |             |
| Idade: <i>17/05/2022</i>   | Sexo: <i></i> | Cor: <i></i>   | Clínica: <i></i> | EMP: <i></i>            | LR: <i></i> |
| Data: <i>17/05/2022</i>  |               | Cirurgião: <i>D. Ribeiro</i>   |                  | 1º Assistente: <i></i>  |             |
| 2º Assistente: <i></i>   |               | 3º Assistente: <i></i>   |                  | Instrumentador: <i></i> |             |
| Anestesista: <i></i>   |               | Tipo Anestesia: <i></i>  |                  | Horário: I: <i></i>     | T: <i></i>  |
| <b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>  |               |  |                  |                         |             |
| <i>Ex-Loxosceles menacantho -<br/>caino + fo<br/>B2 0206/123 28<br/>MS 03</i>  |               |  |                  |                         |             |
| <b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>  |               |  |                  |                         |             |
| <i>0 -</i>   |               |  |                  |                         |             |
| <b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>  |               |  |                  |                         |             |
| <i>Sobr. PTO arquir.</i>   |               |  |                  |                         |             |
| Acidente durante Ato Cirúrgico   |               | 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim<br><i>2</i> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não | Descreva:        |                         |             |
| Biópsia de Congelação:   |               | 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim<br><i>2</i> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não |                  |                         |             |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:   |               |  |                  |                         |             |
| 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |               |  |                  |                         |             |

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plaça 1001 sob anestesia  
antissepsia + ceto

Incisão:

Nas

Achados:

Visec. angulorum

Conduta:

\* Plaça 5.0 cm.  
\* Ressecção de maxila sob  
anestesia  
\* Fixação de maxila a  
máscara  
\* Anestesia da maxila

Fechamento:

OBS:

Sob anestesia

Data: 17/05/2020

MÉDICO/CRM

DR. JOSÉ COSTA DUARTE  
CIRURGIA PLÁSTICA  
CRM-PB 10187-COT-15117/ROES-SE





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.692.674-71**

Nome: **SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

Data de Nascimento: **25/09/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:26:25** do dia **11/08/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5F32.2F03.675F.E8C6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).



## PROCURAÇÃO

Outorgante Silvia Rezende Pochys, brasileiro(a) estado  
civil casada profissão autônoma residente e domiciliado à Rua  
Flor da Serra nº 2191 C bairro Imirim  
Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep 58102-091  
portador(a) do Rg nº 6857305 SSP/PE e CPF nº 038.692.641-73

Outorgado Alessandra Renar Duarte, brasileiro(a),  
estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à  
Rua Simão Falcão Costa Duarte, 157, bairro Mangabeira,  
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384  
portador (a) do RG nº 2637718 SSP/ PB e CPF nº 046-500-934-74

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) 511100 Karimdo Rodrigues ocorrido em 17.05.20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em valides

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 quitacão 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 mandado.

Joas Pessoa, 08 de agosto de 2020.

Outorgante  
CPF N°

One Rewarding thing you can do for a successful ou-ward-pointing



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232858/20

**Vítima:** SILVIO ROSENDO RODRIGUES

**CPF:** 058.692.674-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/05/2020

**Titular do CPF:** SILVIO ROSENDO RODRIGUES

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### SILVIO ROSENDO RODRIGUES : 058.692.674-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/08/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200296970      **Cidade:** Conde      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO ROSENDO RODRIGUES      **Data do acidente:** 17/05/2020      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS 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:** FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
FRATURA ESCAFOIDE DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

**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 LEVE DE MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** ANEXO P1.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>       | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|--|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
| <b>Total</b>                             |   |   | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |