
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

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:

Documentação médico-hospitalar	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



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - PP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.692.674-73 4 - Nome completo da vítima: Silvio Rosendo Rodrigues

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

5 - Nome completo: Silvio Rosendo Rodrigues 6 - CPF: 058.692.674-73
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Mar da Islanda 9 - Número: 219 10 - Complemento:
11 - Bairro: Intermares 12 - Cidade: Cabedela 13 - UF: PB 14 - CEP: 58102-091
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 9 8663-4900

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\$1.001,00 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 citados - consulte o site SUSEP) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 34102 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 total responsabilidade, o valor da indenização (somente o valor do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do sinistro, 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 responsabilizado 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 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.

Por motivo acidental, 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 não submeter a avaliação médica e a visita da Seguradora para verificação da existência e quantificação das lesões pessoais decorrentes de acidente de trânsito, conforme (Lei 134/74, art. 21, § 1º) declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica e consequente acerto do - indenizado, caso decorrente do sinistro.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Causa 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 falecido? ☐ 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 decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta declaração estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

40 - Data: 30/08/2020

38 - 1ª | Nome: João Pessoa - PB

CPF: 3810812020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Silvio Rosendo Rodrigues

CPF:

Assinatura da testemunha



Agência - 0617

op. 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: 034893184-09 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: 034893184-09
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Smdolgo Montencopo 9 - Número: 415 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Campina Grande 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 ☐ R\$1.00 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: NUV. PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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 (vaginasso)? ☐ 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Joos Pessoa 28/09/20
Rebeca Thays

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 053034.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 053034.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Civalheiro de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo 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 Intermare, 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 5436/PB, CHASSI 9C6KG0660F0043181, em nome de EDUARDO JOSE DA COSTA, CPF de n.º 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 fê.


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, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@sedspb.gov.br.



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - PP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 058.692.674-73 4 - Nome completo da vítima: Silvio Rosendo Rodrigues

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

5 - Nome completo: Silvio Rosendo Rodrigues 6 - CPF: 058.692.674-73
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Mar da Islanda 9 - Número: 219 10 - Complemento:
11 - Bairro: Intermares 12 - Cidade: Cabedela 13 - UF: PB 14 - CEP: 58102-091
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 9 8663-4900

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\$1.001,00 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 citados - consulte o site LIDER) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 34102 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha total responsabilidade, o valor da indenização (somente o valor do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do sinistro, 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 responsabilizado 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 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.

Por motivo acidental, 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 não submeter a avaliação médica e a visita da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões pessoais decorrentes de acidente de trânsito, conforme (Lei 134/74, art. 21, § 1º) declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica e consequente acerto do - indenizado, caso decorrente do sinistro.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Causa 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 falecido? ☐ 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 LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta declaração estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

40 - Data: 30/08/2020

38 - 1ª | Nome: João Pessoa - PB

CPF: 3810812020

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Silvio Rosendo Rodrigues

CPF:

Assinatura da testemunha



agência - 0617

op. 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



SQ: 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 PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230, KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-880
CNPJ: 08.898.183-0001-40 - INSC. EST. 5.615.820-9

Nº 047341.775

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÉDULA DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JUL/2020

ARREMATADO

20/07/2020

CONSUMO

186

VENCIMENTO

27/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 155,48

Banco do Brasil - Agência 3064-3/2447-3

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

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

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010503502	000000000202007	27/07/2020	R\$ 155,48	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

08.098.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880

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

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 / Outros 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/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 da 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 a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 31/08/2020

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Silvio Rosendo Rodrigues				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 37 A	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/05/2020		DATA DE ALTA 21/05/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do 2 Metacarpo DA MAO direita + fratura Escafoide					CID S.62.0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
 Paciente portador(a) de **Fratura do 2 Metacarpo DA MAO direita + fratura de Escafoide** foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de **REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA**. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará 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.
 Retorno 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. Dr. TEMISTOCLES

21/05/2020

DATA

Antonio B. S. Neto
Médico
CRM - PB - 13.125

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos serviços para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
55256-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 318199 Atd: Na
Data: 17/05/2020
Hora: 20:47:16
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.05.001055

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 704801586038249 Sexo: M IDENTIDADE: 6857306 Fone: 988679157

Natural: PEDRAS DE FOGO/PB Data Nasc.: 25/09/1982 Id: 37 ano(s)

End.: AVENIDA MAR DA IRLANDA, 219

Bairro: INTERMARES Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA CECILIA DA CONCEICAO

Pai: SEVERINO ROSENDO RODRIGUES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: SEPARADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Tel/Doc. Responsavel: 988679157 / IDENTIDADE: 6857306

Localidade: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Temperatura: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Alta Principal

VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO NEGA VOMITO
DESMALHO COM ESCORIAÇOES (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de colisao moto x moto - RE @ - Convid,

por, abdome e pernas livres

Exame Fisico - em posicao de encosto a parede

e membros de movimento

Exame Fisico

Horario da medicacao

Encostas em parede e p.e.

Daniel Amorim
Urologia
CRM-PB 5370 / CRM-PE 25.288

CP: @Havilaneiro me

CP: @Havilaneiro me

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

* Paciente com Fratura fechada do -
 instaurada de ant. (E), com
 necessidade de TPO cirúrgico, após
 análise de raios.

OBS: * Paciente alertado com sinais
 de embolia se encaminhado
 hospital. (foi exposto ao pulmão)

* Diagnóstico: Fratura fechada do ant. (E)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
* CD: (1)	Solução NaCl 0.9%			
(2)	Anest. na P/ Cirúrgica			
	Temístocles de A. R. Filho ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PR: 7018 / TEOP: 15747 / RQE: 5245			
			OBS: PTA RZ	
			Px Ar. 22:17h	
			Contusão o braço	

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Temístocles de A. R. Filho
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
 CRM-PR: 7018 / TEOP: 15747 / RQE: 5245

CD: (1) Exame
 do braço
 com P/
 TPO cirúrgico

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
 () Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

[Assinatura]
 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Silvio Rosendo Data da Admissão: 17/05/2012
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1955

QPD: FX - LUMBAR DE PUNTA LATA -

HDA: ALFA DE M5 (5) e F2

DE BILHETE

PLT LIT - DE ALFA

VALORES 1/1/1955 ALFA

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

[]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-reposou []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

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho 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: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Temístor
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CRM-PB: 124.170-1/TEOD.15.11.1908-15

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plt em Plt Job Amador
Articulação + Cap

Incisão:

Nas

Achados:

Vozes Amador

Conduta:

X Plt em Plt
X Articulação de Luxação Job
Phonocardiogram
X Fixação Plt-Plt em Plt
mas (E)
X Amador + Plt

Fechamento:

OBS:

Se Amador

Data:

17.05.2020

MÉDICO/CRM

Cristóvão de A. R. Filho
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
 CRM-PE 10117 / EOT 15147 / RDE-915

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CAMPAIGNA NACIONAL DE AUTENTICIDADE	
NOME: ALEXANDRE CESAR DUARTE	
	
RG: 2627718	SEX: M
CPF: 046.503.754-74	Data Nascimento: 21/08/1982
MARCA: ALEXANDRE L.R. AMARJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
PLACA: 01851247000	DATA: 16/08/2018
ASSINATURA: [Signature]	DATA: 29/04/2001
OBSERVAÇÃO:	
Assinatura: [Signature] Data: 17/01/2018	
Assinatura: [Signature] Data: 17/01/2018	

VALOR: R\$ 10,00
894056231

PLASTIFICADO
894056231



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.692.674-71**

Nome: **SILVO 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).



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NÚMERO	6857306
DATA DE EXPIRAÇÃO	30.05.2001
NOME	
SILVIO ROSENDO RODRIGUES	
FILIAL	
Severino Rosendo Rodrigues	
Maria Cecília da Conceição	
NACIONALIDADE	
Pedras de Fogo-PB	
DATA DE NASCIMENTO	
25.09.1962	
C.N. 34/2, I. 12, F. 142, Cart. de	
Jarice-Iguaba-PB.	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/93	

PROCURAÇÃO

Outorgante: Silvio Rosendo Rodrigues brasileiro(a) estado civil solteiro profissão autônomo residente e domiciliado à Rua Mar da Independência nº 219 C bairro Imperiais Município de Goeders Estado de(o) PA Cep 58302-091 portador(a) do Rg nº 6857306 SSP/PE e CPF nº 038.692.674-73

Outorgado: Alexsandra Benay Duarte brasileiro(a) estado civil casada profissão advogada residente e domiciliado(a) à Rua Gen. F. Costa Duarte, 157 bairro Mangabeiras Município de João Pessoa Estado de (o) PA Cep 58056-384 portador (a) do RG nº 2627718 SSP/PA e CPF nº 046.502.754-74

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) Silvio Rosendo Rodrigues ocorrido em 17/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade

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 08 de agosto de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Silvio Rosendo Rodrigues
Outorgante
CPF Nº

Oste. Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232858/20

Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

CPF: 058.692.674-71

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/05/2020

Titular do CPF: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

CPF de: Próprio

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 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

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50