

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, 09 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200341306**

**Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 30/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000729**

**Conta: 0000015383-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	784.461.124-34	Maricilde Gomes B. do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Endereço:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	9 - Número:		
8 - Bairro:	10 - Complemento:		
11 - Fone:	12 - Fone:		
13 - Fone:	14 - CEP:		
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDRR):		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <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 (sómente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0129		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 16383		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre, a autorização à testemunha da indicação do crédito, que seja total, do valor recebido.			

DADOS CADASTRAIS

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou (não) solicitando a cobertura de invalidez permanente (IMI) para os fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Permito que, usada a opção 3, solicite o prosseguimento da análise dentro do 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/ou validação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOLENTE PARA COBERTURA DE MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 é filha ou neto (não filha):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima tiver companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tem filhos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nocturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim			noturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Fizeste Ciência da Seguradora Lider quanto ao seu direito de recorrer à justiça se não for satisfeita a sua reclamação ao Seguro DPVAT por morte, ou se houver alegações de que as autorizações e permissões estão condicionadas, estando, ainda, de que qualquer ação judicial, seu resultado poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, assim como responsabilidade criminal por infração descrita no art. 295 do Código Penal.

34

35 - Declaro que assinei o rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 10/01/2020  
Maricilde Gomes Boavista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





# 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 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	784.461.124-34	Maricilde Gomes B. do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Endereço:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	9 - Número:		
8 - Bairro:	10 - Complemento:		
11 - Fone:	12 - Fone:		
13 - Fone:	14 - CEP:		
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDRR):		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <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 (sómente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0129		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 16383		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o seu valor equivalente à estipulação do crédito que seja feita do valor recebido.			

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Declaro, sob as penas da lei, que estou ciente de que não posso requerer 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.

Requerendo assim, solicito o prosseguimento da análise da minha 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/ou validação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOLO ANTE 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 é filha ou neto (não filha):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima casou com companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tem filhos, informar:	30 - Vítima deixou nocturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar:
teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos	noturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos	<input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou pais/vôos vivos? <input type="checkbox"/> Sim
Fizemos constar na Seguradora Lider, que a mesma é responsável por pagar o Seguro DPVAT por morte da vítima, só que ao anteciparem o pagamento, esta concorda, estando ciente, ainda, de que qualquer envolvimento da Lider com a justiça poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, assim como responsabilidade criminal por infração descrita no art. 295 do Código Penal.						

34

35 - Declaro que de quem assina a rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 10/01/2020  
Maricilde Gomes Boavista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 01469.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Maricleide Gomes Batista Nascimento, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringuelas, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização. Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS, CID S82.0; conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. YURI CORDEIRO CRM 11507 PB.

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

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 01469.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Maricleide Gomes Batista Nascimento**, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringuelas, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização. Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS, CID S82.0; conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. YURI CORDEIRO CRM 11507 PB.

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

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO  
Noticiante



# 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 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	784.461.124-34	Maricilde Gomes B. do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Endereço:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	9 - Número:		
8 - Bairro:	10 - Complemento:		
11 - Fone:	12 - Fone:		
13 - Fone:	14 - CEP:		
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDRR):		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <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 (sómente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0129		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 16383		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o seu valor equivalente à estatuição da dívida que seja feita do valor recebido.			

DADOS CADASTRAIS

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou (não) solicitando a cobertura de invalidez permanente (IMI) para os fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Permito que, usada a opção 3, solicite o prosseguimento da análise dentro do 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/ou validação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOLENTE PARA COBERTURA DE MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 é filha ou neto (neta) de:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima tiver companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tem filhos, informar:	30 - Vítima deixou nocturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar:
teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	noturno/mensal? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos
Fizemos constar na Seguradora Lider, que a vítima faleceu, e que a indenização ao Seguro DPVAT por morte não é destinada ao beneficiário, mas à concôncia, estando presente, ainda, de que qualquer envolvimento da concôncia, seu falecimento poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, assim como responsabilidade criminal por infração descrita no art. 295 do Código Penal.						

34

35 - Declaro que assinei o rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 10/01/2020  
Maricilde Gomes Boavista

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





# 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 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	784.461.124-34	Maricilde Gomes B. do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Endereço:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	9 - Número:		
8 - Bairro:	10 - Complemento:		
11 - Fone:	12 - Fone:		
13 - Fone:	14 - CEP:		
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDRR):		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <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 (sómente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0129		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 16383		CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o seu valor equivalente à estatuição da dívida que seja feita do valor recebido.			

DADOS CADASTRAIS

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:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo. Anexe uma opção)
 Bradesco (237)       Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)       Caixa Econômica Federal (104)
  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0129

CONTA: 16383

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o seu valor equivalente à estatuição da dívida que seja feita do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou ciente de que não tenho o direito ao atendimento Médico Legal (IMI) para os fins da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peticionado assimulado, solicito o prosseguimento da análise da minha perda de percepção 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/ou validação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOLENTE 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 é casada/companheira?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima casou/companheir(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tem filhos, informar quantos filhos:	30 - Vítima deixou herdeiros/mensaleiros?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Vivos: _____	<input type="checkbox"/> Sim
Fizemos constar na Seguradora Lider, que a vítima faleceu em consequência ao acidente de trânsito, por morte suposta, sem que se antecipasse e pressuponha-se condição, estando viva, ainda, de que qualquer envolvimento da Lider, em sua eventual morte, poderia gerar a obrigação de restituir o valor recebido, assim como responsabilidade criminal por infração descrita no art. 295 do Código Penal.						

34

35 - Declaro que assinei a rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 10/01/2020  
Maricilde Gomes Boavista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



# 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: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000015383-0

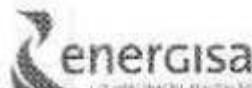
---

Nr. da Autenticação AEEDE4DEBC8A573E

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.  
Documento não é sequência da cota.

Boleto para seu(s) pagamento da conta fija/conta de energia elétrica. N° 037.549.915



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 16.215.023-6

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS  
RUA DAS SIRIGUELAS S/N  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/852641-0**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>JAN/2020</b>	<b>24/01/2020</b>	<b>273</b>	<b>31/01/2020</b>	<b>R\$ 242,12</b>

Acesse: [www.energia.com.br](http://www.energia.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 03150.244006 08308.683179 6 81510000024212**

Pagador: FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS CNPJ/CPF: 050.353.054-80

RUA DAS SIRIGUELAS S/N - MUCUMAGRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008308683	000852641202001	31/01/2020	R\$ 242,12	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR230 KM 28, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

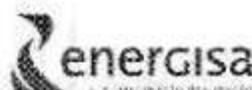
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é válido fiscal.  
Documento não é válido para sorteio.

Boleto por aquisição pagamentada da nota fiscal caneta de energia elétrica - Nº 037.641.380



ENERGISA PARAÍBA - 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 16.015.623-0

## 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

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 30/01/2020

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

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

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

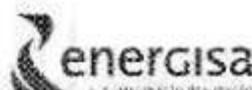
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é válido fiscal.

Documento não é válido de sorte.

Boleto por aquisição pagamentada da nota fiscal caneta de energia elétrica - Nº 037.641.380



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660

CNPJ 00.095.183 / 0001-40 - Insc Est 16.015.623-0

## 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**

## REFERÊNCIA

## APRESENTAÇÃO

## CONSUMO

## VENIMENTO

## TOTAL A PAGAR

**JAN/2020**

**20/01/2020**

**227**

**27/01/2020**

**R\$ 193,47**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

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

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-660

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 / Outros lugares: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/SIBLIO/ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação (pessoal), informações sobre a profissão e da fonte 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF.

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, DENTRO DO QUE É POSSÍVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSERVO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, DENTRO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE 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 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Mairiclide Gomes B. de Nascimento* Inscrito (a) no CPF sob o N° 784.463.324.34  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima *Mairiclide Gomes B. de Nascimento*

Inscrito (a) no CPF sob o N° 784.463.324.34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ NÚCLEO: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

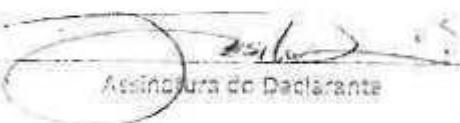
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junte a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, trincando 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. 295 do Código Penal.

Endereço:	<i>Rua Agente Síxto José C. Duarte</i>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<i>Mangabeira</i>	Cidade:	<i>João Pessoa</i>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:					CEP: <u>58056-384</u>
					Tel. (000) <u>(83) 91866-34900</u>

Local e Data:

*João Pessoa - PA 20/10/21 2020*

  
Assinatura do Declarante

# 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 / Outros lugares: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/SIBLIO/ECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação (pessoal), informações sobre a profissão e da fonte 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF.

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, DENTRO DO QUE É POSSÍVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSERVO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, DENTRO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE 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 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mairiclide Gomes B. do Nascimento Inscrito (a) no CPF sob o N° 784.463.324.34  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mairiclide Gomes B. do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o N° 784.463.324.34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ NÚCLEO: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junte a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, trincando 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. 295 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Síxto José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:					CEP: <u>58056-384</u>
					Tel. (DD): <u>(83) 91866-34900</u>

Local e Data: João Pessoa - PA 20/10/21/2020

Assinatura do Declarante

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 50A	SEXO FEM	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 30/11/2019		DATA DE ALTA: 23/01/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna</i> CID S82.0					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA: (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação externa. 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 45 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:** ATB + aine + analgésico

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

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR.RODRIGO AMARAL)

23/01/2020  
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M  
*DR. RODRIGO AMARAL*

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 283422

Atd: Nao Regulad

Data: 30/11/2019

Hora: 03:44:49

Repcionista: HELENA MARIA HONORATO

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2019.11.003578

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 784.461.124-34

CNS: 708600036964780 Sexo: F IDENTIDADE: 3087386 Fone: 999533743

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/07/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA DAS SERIGUELAS - CASA, 118

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: CLEIDE GOMES

Pai: HERMES BATISTA ALVES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: DONA-DE-CASA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSO - GILBERTO MARTINS LEITE

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO/GARUPA X MURETA DA BR DE ACESSO CAM

Vitima de violência por: PINA GRANDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Sintoma Principal

Observacao

TM2001 Rolo S1-L1 com lesão em pedra dura + deform. osteo. exposta?  
T12-L1 frct, noga com edema muscular, noga com formigimento

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta *R110x*  
*ortopedia*

Prescricao

| Horario da medicacao

*Dr. Rômulo Fernandes  
Cirurgião Geral*

# 30/11119  
03:57 h

## Torpedida

Paciente vítima de colisão carro-mot  
apresentando fratura omoplata.

Cd: - Ao SC pr provimento  
- IH  
- VPM

Dr. Lucio Gómez de Figueiredo  
Cirurgião Traumatologista

## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

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

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO:**

**DESTINO DO PACIENTE:**

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



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maricéide Góes B. da Cunha Data da Admissão: 30/11/19  
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: \_\_\_\_\_

HDA: fx exp ossos perna

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 [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Defomidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

N e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade  
Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_

#### **Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

**Doenças Anteriores:** \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ JHF

JHAS  JDM  JTBS  JHEP  JDislipidemia  JBanho de Rio  JCasa de Tia  
pa

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

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

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Atividade: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

Ganglion: \_\_\_\_\_

Pele:

**ACV:**

AR:

**ABD:**

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

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

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

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

Hipóteses Diagnósticas:

Conduita: 1H 2C

Dr. Juan Carlos de Piguéredo  
Ortopedia Traumatología



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Merilda de Gomes Batista Faccinetti</u>				Registro: <u>2019 11 003578</u>
Idade: <u>50</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clínica: <u>Otop</u>	EMP: _____
Data: <u>30/11/19</u>	Cirurgião: <u>D. Rodrigo Amorim</u>	1º Assistente: <u>D. Luciana</u>		
2º Assistente: _____	3º Assistente: _____	Instrumentador: _____		
Anestesista: <u>D. Roberto Rago</u>	Tipo Anestesia: <u>Regi</u>	Horário: <u>10:04:30</u>	Tot: <u>15h</u>	

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

CID

Fatura exposta osso da  
pele (Dir) grau III A

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

CID

Fatura exposta osso da  
pele (Dir) grau III A

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

CÓDIGO

LMC End. ossos da pele  
exposto + fixação extrema

Acidente durante Ato Cirúrgico      1 ( ) Sim  
    2 (x) Não

Biópsia de Congelação:      1 ( ) Sim  
                                      2 (x) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(x) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Objetivo durante o Ato Cirúrgico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- (1) Paciente em decúbito dorsal sob eferm anestesia
- (2) Antissepsis + assépsis M.I.O

### Incisão:

- (3) nis longe, Fimbr. aberto 15cm para DI

### Achados:

- (4) Fátuas exposta das artas de perna DI

### Desbridamento

- Conduta:
- (5) Limpeza Mac. conígras com S.F. 0,90% carb.
  - (6) Reduza exsudado da arta da tibia.
  - (7) Fixar extens com fio de ferro de tibia
  - (8) Setor par. epoximato da pele B de ferro.
  - (9) Cintos

### Fechamento:

OBS: ~~Leitos de pele extens na face anterolateral da perna com risco de necrose de pele.~~

Data: 30/11/19

Dr. Rodrigo Castro da Amaria  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB 437 SPOT 8331  
**MEDICOCEM**



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Elaine de Souza</i>			Registro:	
Idade: <i>50a</i>	Sexo: <i>F</i>	Clínica: <i>Clínica</i>	EMP: _____	LR: _____
Data: <i>17/12/19</i>	Cirurgião: <i>Dra. Roseli Soárez</i>	1º Assistente: <i>Edvila</i>		
2º Assistente: _____	3º Assistente: _____	Instrumentador: _____		
Anestesista: <i>Dr. Volfan</i>	Tipo Anestesia: <i>sedação</i>	Horário: I: _____	T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO			CID	
<i>Fígado infectado</i>				

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Desbridamento</i>		
<i>estofos</i>		
<i>fígado -</i>		

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	Descreva:
	<input type="checkbox"/> Não	
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência		4. Óbito durante o Ato Cirúrgico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparo e asepsia  
do campo operatório

Incisão:

Fechado desriede  
simples e ligeiro

Achados:

Mecânica e  
eletricidade com cataplasma  
e fare Vaselina de 5

Conduta:

electro.

Fechamento:

OBS:

Data: 17/12/19

Dr. Roberto A. Sá  
Odonto - Traumatologista  
CRM-PB 1253

MÉDICO/CRM



## **RELATÓRIO DE CIRURGIA**

Nome: Henrique Lacerda Moreira				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 07/01/20	Cirurgião: Dr. JAIROU			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: P		Tipo Anestesia: locan		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
frequente com fibras em perna direita					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
Órgano					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					
desenvolvimento cirúrgico					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descriva:	
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					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em decúbito dorsal  
Mepivaca e Alcurapivaca

Incisão:

Achados:

liver grande

Conduta:

Ressecção de fígado com fibroma da vesícula p/...

Fechamento:

OBS:

Data: 04 / 01 / 20

Dr. Jalison Danta  
Ortopedista  
CRM-PB

MÉDICO/CRM

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>José Luiz Ferreira</i>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b> 17/01	<b>Sexo:</b> M	<b>Cor:</b> P	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b> 17/01		<b>Cirurgião:</b> Dr. <i>José Luiz Ferreira</i>		<b>1º Assistente:</b>	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b> Dr. <i>José Luiz Ferreira</i>		<b>Tipo Anestesia:</b> <i>Lorazepam</i>		<b>Horário:</b>	I: T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Doença de Alzheimer PM/Brasil</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>- Cirurgia de Alzheimer</i>					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Descreva:</b>  Dr. Maria Augusta Souto Ferreira CRM-PB 5177  Médico CRM-PB 5177	
<b>Biópsia de Congelação:</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> 1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Fase de fundo fechado  
Preparo óptico do globo  
ocular.

Incisão:

- Cílios divididos para trás  
de forma a não ferir o colo

Achados:

- Epitelio muito pôe fino  
CT óptico 3.0 mm  
- Contato óptico 1.0

Dr. Mário Augusto Soárez  
MÉDICO  
CRM 1177

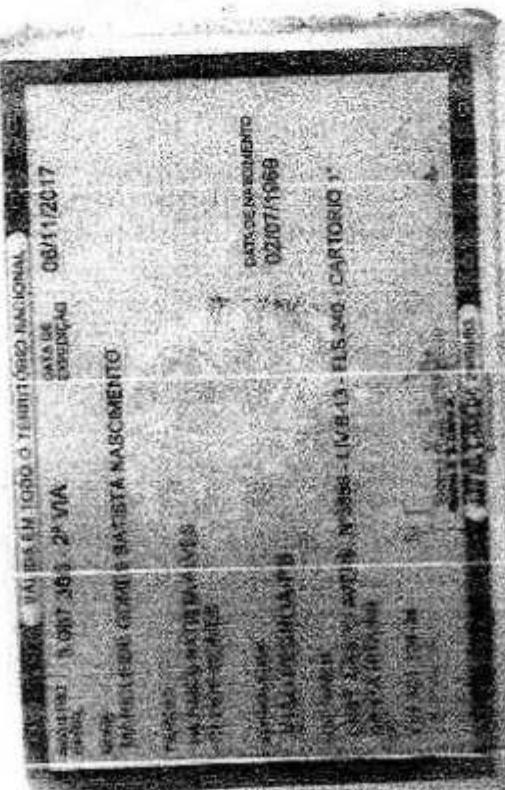
Fechamento:

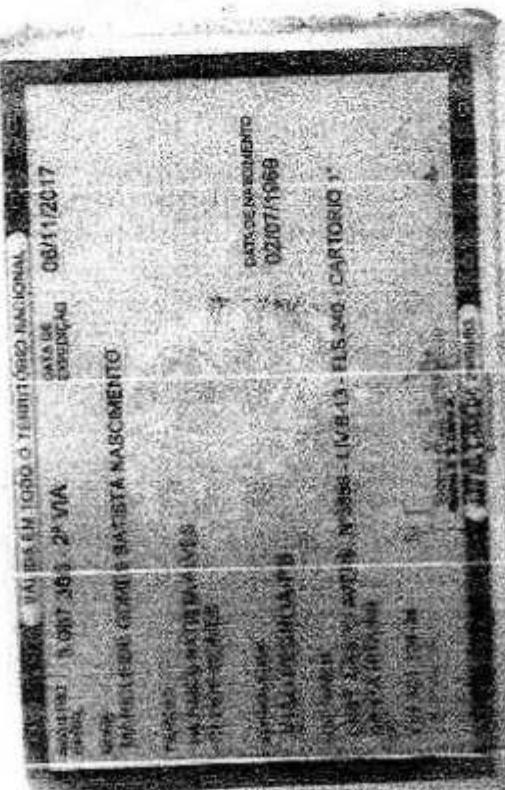
OBS:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO/CRM







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200341306 Cidade: Santa Rita Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO Data do acidente: 30/11/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6\_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 38/08/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário: 784.463.324-34

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 455.536.024-91

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 83 ) 9 8663-4900

Tel. Comercial: ( 000 ) 000-0000

Tel. Residencial: ( 000 ) 000-0000

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

- DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

- DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*João Pessoa - PB 38/08/2020.*

Local e Data

Assinatura do solicitante *[Assinatura]* - 31/08/2020  
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido da Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escutar pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu respeito).

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Manoelide Gomes Batista do Nascimento..... brasileiro(a), estado civil Casado, profissão do lar..... residente e domiciliado à Rua das Seniguelas..... nº 118..... bairro Muçum Magna.....  
Município de João Pessoa..... Estado de(o) P.B..... Cep 58.066-140.....  
portador(a) do RG nº 3.087.386..... SSP/PB e CPF nº 281.461.124-34.....

**Outorgado:** José Eduardo da Silva..... brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão Professor, residente e domiciliado(a) à  
Rua J. M. Teixeira, nº 151, bairro Mangabeira.....  
Município de João Pessoa..... Estado de (o) P.P..... Cep: 53066-384  
portador (a) do RG nº 5054562..... SSP/ P.B..... e CPF nº 255336024-91.....

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Manoelide Gomes Batista do Nascimento, ocorrido em 30/11/19, 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.

João Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

, de ..... de 2019.

CARTÓRIO  
FIRMA BATISTA  
Manoelide Gomes Batista do Nascimento  
Outorgante  
CPF Nº 281.461.124-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Marielide Gomes Batista do Nascimento*, brasileiro(a), estado civil *Divorciado*, profissão *do lar*, residente e domiciliado à *Rua das Seniguelas*, nº *118*, bairro *Mucumagna*, Município de *Jacé Peixoto*, Estado de(o) *P.B.*, Cep *58.066-140*, portador(a) do RG nº *3.087.386*, SSP/PB e CPF nº *781.461.124-34*.

**Outorgado:** *José Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *Operador*, residente e domiciliado(a) à *Rua J. Monteiro, 512, Centro*, nº *151*, bairro *Mangabeira*, Município de *Jacé Peixoto*, Estado de (o) *P.B.*, Cep: *58066-384*, portador (a) do RG nº *505.4562*, SSP/ *P.B.* e CPF nº *455.536.024-91*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Marielide Gomes Batista do Nascimento*, ocorrido em *30/11/19*, 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.

*Jacé Peixoto, 06 de fevereiro de 2020*

*n n n* de *n n n* de 2019.

*ARTÓRIO*  
*FEIRA BATISTA*  
*Marielide Gomes Batista do Nascimento*  
Outorgante  
CPF Nº *781.461.124-34*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269286/20

**Vítima:** MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCII

**CPF:** 784.461.124-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/11/2019

MARICLEIDE GOMES

**Titular do CPF:** BATISTA DO

NASCIMENTO

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO : 784.461.124-34

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: 23/09/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA