

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

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002441-4

Conta: 000010021057-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Edgley de Andrade Santos</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO SUSEP 10/405/2002				
5 - Nome completo: <i>Edgley de Andrade Santos</i>		6 - CPF: <i>007-868-314-99</i>		
7 - Profissão: <i>Seu de gerais</i>		8 - Endereço: <i>R. Arnaldo Campelo</i>	9 - Número: <i>80</i>	10 - Complemento: <i>APT 003/BL 0</i>
11 - Bairro: <i>gramame</i>		12 - Cidade: <i>Jano Pessoa</i>	13 - Estado: <i>PM</i>	14 - CEP: <i>58067-207</i>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>83-99421-9283</i>		
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:		
Declare, 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"/> REUSO 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"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> AGÊNCIA: <i>2441</i> CONTA: <i>21057</i> 9 <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Itaú (021) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob os penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ex-Cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Víviro		25 - Grau de Parentesco com a vítima:		
26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		28 - Vítima teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nem nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 rogo/a pedido		
Assinatura <i>Edgley de Andrade Santos</i> Edgley de Andrade Santos Edgley de Andrade Santos		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido <i>007-868-314-99</i>		
37 - 1º Assinatura de quem assina a rogo/a pedido <i>Edgley de Andrade Santos</i>		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, _____ <i>Jagó Pernoa 22-06-2020</i>		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0021 - 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ALEX GOMES MENDES				Posto/Graduação: CB/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Francisco Porfirio Ribeiro		Hora 17:40	Bairro Mangabeira	Município: João Pessoa		UF PB
Data da Ocorrência 11/01/2020	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com 01	Tipo de Acidente Atropelamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo		Controle do trânsito Pista Simples			

PEDESTRE

Nome Edgley de Andrade Santos		Sexo Masculino	Nascimento 30/11/1978	RG 1847749
Endereço Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB – Tel.(083)98784-7385				
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado	Destino do Condutor Socorrido ao Ortotrauma			

VERSÃO DO PEDESTRE

Condutor declarou que: Encontrava-se de frente ao "PR" quando o VI atingiu-o, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 01

Nome João Teixeira de Matos		Sexo Masculino	Nascimento 22/07/1961	RG 701503
Endereço				
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(1,24mg/l)	Destino do Condutor Permaneceu no local			

VEÍCULO 02

Marca/Modelo GM/Corsa	Espécie Automóvel	Placa IKG - 8690	Categoria Particular	Município Novo Hamburgo	U.F. RS
---------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão
----------------------------	-------------	-------------	-----------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: *[Signature]*

[Signature]

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° /2020

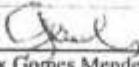
VÍTIMA 01

Nome Edgley de Andrade Santos	Sexo Masculino	Nascimento 30/11/1978	Viajava no Veículo N°
Endereço Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB - Tel.(083)98784-7385			
Condição da Vítima Pedestre	Conduzida Para Hospital Ortotrauma		
	Usava Cinto	-	Usava Capacete

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: No sitio do acidente, ocorreu na faixa direita da via A no sentido Valentina/Mangabeira, não há marcas de frenagem e ou derrapagem, não foi possível arrolar testemunhas no local. O pedestre sofreu escoriações no pé esquerdo sendo socorrido ao Ortotrauma pela AR 56 do Corpo de Bombeiros, responsável CB Melo Mat. 522.178-1, C1 nada sofreu e submeteu-se ao teste de alcoolemia do alco-sensor IV de série nº e teste nº1379 cujo resultado foi 1,24mg/l, sendo dada voz de prisão pela Ten. Debora de Mat. 528.613-1 que encaminhou o acusado para os procedimentos legais na Central de Flagrantes. V1 removido ao BPTran para complemento de laudo, como também lavrado os Ait's pelos Art. 165, 162 I e 230 V do CTB para o C1.

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.


Alex Gomes Mendes – Cb/PM
Responsável pelo Levantamento

ESTAMPA DE TRÂNSITO, VERSÃO E RUPORARIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 2020-01-16
Assinatura: 



FORÇA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0021/2020

DANOS NO V1																	
Marca/Modelo: GM/CORSA		Placa: IKG - 8690			Responsável pelo Preenchimento: CB ALEX			Data: 11/01/2020									
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE																	
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE																	
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA								
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X									
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X									
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X									
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X									
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X									
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X									
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X									
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X									
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X									
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X									
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X									
Total Geral (Sim + NA)							00										

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 08/01/2020

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.

Alex Góes Mendes - Cb/PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0021/ 2020

AMARRAÇÕES

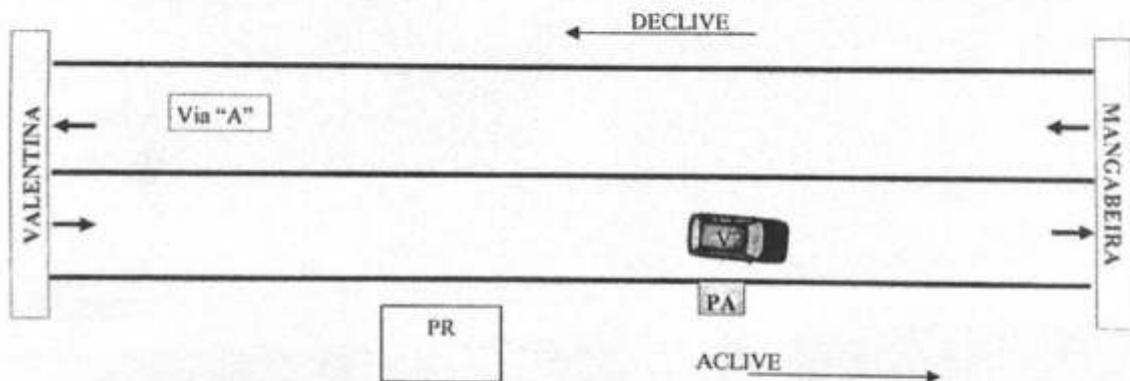
VIA "A" - Rua Francisco Porfirio Ribeiro 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 3149

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00.60 e Traseiro Direito 00.90 metros para (PA)

V2 (Veículo 02)



DESENHO ILUSTRAТИVO NÃO OBEDECERÁ ESCALA

AVARIAS



V1

Alex Gonçalves Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento

00000000000000000000000000000000
Cópia de Conformidade com o original
EM: 04/12/2020



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0021/ 2020

FOTOS DO V1

FRENTE (VI)



TRASEIRA (VI)



LATERAL DIREITA (VI)



LATERAL ESQUERDA (VI)



0021/2020 - 01/03/2020
Cópia de Comunicação com o Informal
EM 01/03/2020

2

Alex Gomes Mendes
Alex Gomes Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Edgley de Andrade Santos</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO SUSEP 10/405/2002				
5 - Nome completo: <i>Edgley de Andrade Santos</i>		6 - CPF: <i>007-868-314-99</i>		
7 - Profissão: <i>Seu de gerais</i>		8 - Endereço: <i>R. Arnaldo Campelo</i>	9 - Número: <i>80</i>	10 - Complemento: <i>APT 003/BL 0</i>
11 - Bairro: <i>gramame</i>		12 - Cidade: <i>Jano Pessoa</i>	13 - Estado: <i>PM</i>	14 - CEP: <i>58067-207</i>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <i>83-9942-9283</i>		
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:		
Declare, 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"/> REUSO 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"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> AGÊNCIA: <i>2441</i> CONTA: <i>21057</i> 9 <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Itaú (021) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob os penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ex-Cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Víviro		27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		28 - Vítima teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
30 - Vítima deixou nascituro (nem nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Esta clara de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
Assinatura <i>Edgley de Andrade Santos</i> Edgley de Andrade Santos Edgley de Andrade Santos		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido <i>007-868-314-99</i>		
37 - 1º Assinatura de quem assina a rogo/a pedido <i>Edgley de Andrade Santos</i>		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, _____ <i>João Pessoa 22-06-2020</i>		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02441-4

CONTA: 000010021057-0

Nr. da Autenticação A2B85C6F0B2B3353

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguariúna João Pessoa - PB

CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.654/0001-87

70102333

REFERÉNCIA

JAN/2020

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

R: ARNALDO CAMPelo, 89 - AP003/B1.D - GRAMAME JOAO

PESSOA PB 58067-207

PARA CONTATO COM A DEPOQUE ESTENDIMENTO MATERIAL DA				
001.093.650.0242.003	003			
Hidrômetro	Data de Instalação			
Y1IX159165	26/10/2011			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA	EXT LACR C/RTADO			
959	965	6	31	02/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.	PARÂMETROS EAG. ANALIS. CONFORMES			
DEZ/2019 0	TURBIDEZ	268	272	266
NOV/2019 6	CLORO	268	272	272
OUT/2019 2	COL. TERMOT	0	0	0
SET/2019 2	COR	73	93	91
AGO/2019 2	COL. TOTALS	268	272	268
JUL/2019 2	DADOS REFERENTES A: NOV/2019			
MEDIA(M)				

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Doméstica	Industria	
001.093.650.0242.003	003	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação				
Y1IX159165	26/10/2011				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA	EXT LACR C/RTADO				
959	965	6	31	02/02/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.	PARÂMETROS EAG. ANALIS. CONFORMES				
DEZ/2019 0	TURBIDEZ	268	272	266	
NOV/2019 6	CLORO	268	272	272	
OUT/2019 2	COL. TERMOT	0	0	0	
SET/2019 2	COR	73	93	91	
AGO/2019 2	COL. TOTALS	268	272	268	
JUL/2019 2	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				
MEDIA(M)					

DATA DA IMPRESSÃO: 03/01/2020

DESCRIÇÃO
ÁGUA

HORA DA IMPRESSÃO: 09:29:01

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA
ESGOTO
ACRESCIMO(S) MES(E) ANT. 06/2019 07/2019 08/2019 08
JUROS DE MORA 06/2019 07/2019 08/2019

6 m3	37,91
	2,30
	4,45



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6882064

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCIOS NEIVA, 21 - BAIRRO CENTRO SANTA RITA
PB 58300- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.001.055.0175.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N426776	11/12/2012	EXT LACR	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
500	507	7	29	10/03/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	1	30	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2019	3		TURBIDEZ	79	93	93
NOV/2019	1	30	CLORO	79	93	93
OUT/2019	1		COL.TERMOT	0	0	0
SET/2019	1		COR	20	93	93
AGO/2019	1	30	COL.TOTAIS	79	93	93
MÉDIA(M)	1		DADOS REFERENTES A: DEZ/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:44:21

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	67,65
ESGOTO		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa 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 Giuliana Rávia de Amorim Nobre inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edgley de Andrade Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz, da Vítima Edgley de Andrade Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia de 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Av. Joao Machado</u>	<u>Joao Pessoa</u>	<u>553</u>	
<u>Centro</u>	<u>Joao Pessoa</u>	<u>PM</u>	<u>58000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Joao Pessoa 22 de 05 de 2020
Local e Data

Giuliana Rávia de Amorim Nobre
Assinatura do Declarante

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

Ficha Nr: 293692 Atd: Nao Regulad
Data: 12/01/2020
Hora: 18:41:13
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAM
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385
Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)

End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL), 80

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Frontuario: 2020.01.001229

Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Oc: Nao: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Escolaridade: NAO INFORMADO

INF MACOES DE ENTRADA

Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Te: Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

Altura: [] Hemorragia [] Dispneia

IMC: [] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Qulixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO , APRESENTANDO
TRAUMA EM MIE E ESCORIACOES PELO CORPO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Perdeu consciente se levou collar
de no SNT 6. SOL: SA

Diagnostico: 12/01/2020 ORTOP | Conduta

Prescricao: Ponto moto trauma TVE
hoje Dr. → pontos moto tra.
ds: Interno

Ricardo R. Cunha
CRM-PB 1001

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1001

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:

51.301440

Ficha Nr: 294740

Atd: Nao Regu

Data: 15/01/2020

Hora: 20:25:33

Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNT.

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Num. de vezes atendido: 2

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99

Num. Prontuario: 2020.01.001229

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385

Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)

End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL),80

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS

Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749

Procedencia: HOSPITAL CHMGTB

Molesto lateral

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Q^uixia Principal

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 22/01/2020		Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: KLEINIO RI		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura do Maleolo Lateral Esquerdo</i>				S82.6
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				



Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:	
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/01/2020		Cirurgião: DR MILTON			
1º Assistente: <i>KLEINIO Ribeiro</i>		2º Assistente:			
Anestesista:		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>					
CID					
S82.6					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
CÓDIGO					

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Descreva:

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

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

Retirado garrote em MIE

OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.

Data: 22/01/2020 / /

MÉDICO/CRM

W E D

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

Retirado garrote em MIE

OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.

Data: 22/01/2020 / /


MÉDICO/CRM



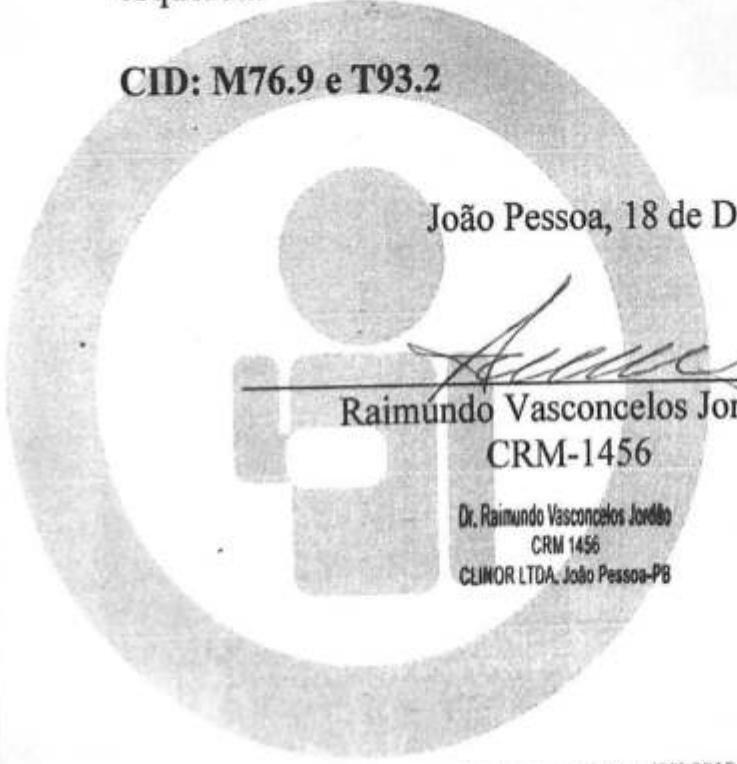
LAUDO MÉDICO

O Sr. EDGLEY DE ANDRADE SANTOS, 41 anos, Auxiliar de serviços gerais, portador do RG: 1847749 SSP-PB, encontra-se inválido por tempo INDETERMINADO de exercer suas atividades laborativas.

Diagnóstico – Osteomielite Crônica da Tíbia Esquerda, Secundária a Sequela de Fratura exposta dos ossos da perna esquerda.

CID: M76.9 e T93.2

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.


Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM-1456

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM 1456
CLINOR LTDA. João Pessoa-PB





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: 3200239304

Data da solicitação: 20/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-25

Nome do solicitante: Giuliana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283 Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDO DA NEGATIVA DISCÓRDO DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) 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

Informa à seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as requebradas supostadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, recentemente foi submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

Assinatura: 20/07/2020.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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 do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever passo a sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu mgo).

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA		
FILIAÇÃO	LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB		
DOC ORIGEM	CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063		
CARTÓRIO	1º JOÃO PESSOA-PB		
CPF	011.197.984-69 - <i>João Pessoa-PB</i>		
João Pessoa-PB	Assinatura Falsa		
LEI N° 7.116 DE 29/09/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

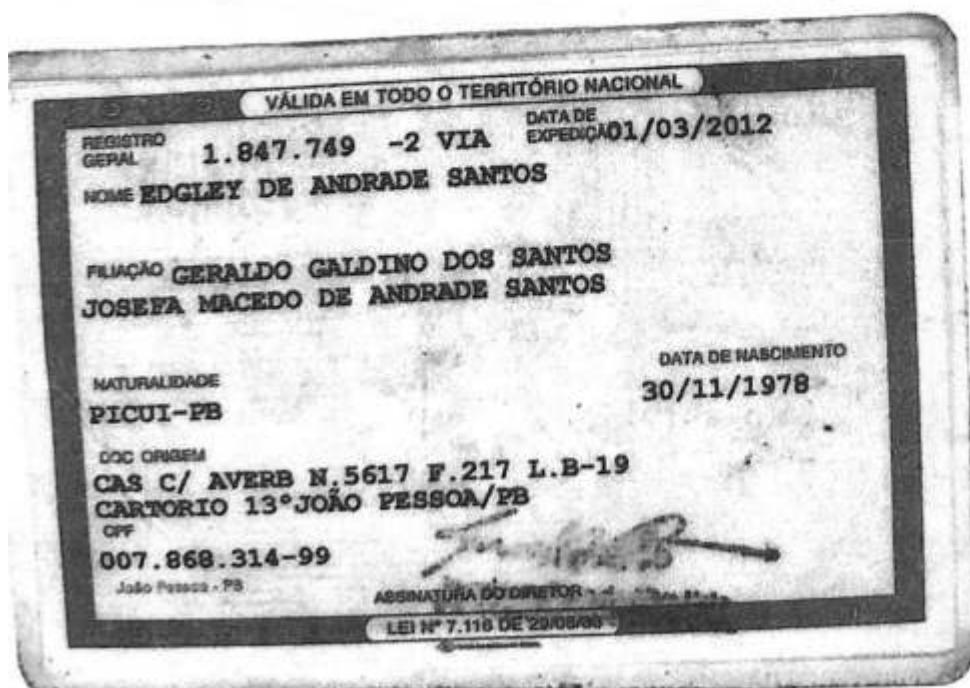
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

111

Giulliana Flávia de Amorim Nóbrega
ASSINATURA DOTTORAR.

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200239304 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: OBS: PAG. 3/4/5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): 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: 3200239304

Data da solicitação: 20/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-25

Nome do solicitante: Giuliana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283 Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDO DA NEGATIVA DISCÓRDO DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(s) documento(s) 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

Informa à seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as requebradas supostadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, recentemente foi submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

Assinatura: 20/07/2020.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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 do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escrever passo a sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu mgo).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edgley de Andrade Santos

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Divorciado

Identidade: 1.847.749

CPF: 007.868.314-99

Profissão: Serviço gerais

Endereço: R. Arnaldo Campelo, nº 80 Apt 1003 ML 1

CEP: 58067-207

Telefone: (83) 98784-7385. 98787-7660.

OUTORGADOS: Giulliana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Morais Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº14318, portador do CPF/nº 05631028406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Edgley de Andrade Santos

Jacó Pessoa - 11-03-2020

Local e data

Edgley de Andrade Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-012471
Reconheço por autenticidade a firma de
EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Deu nr. em testemunho da verdade. Jólio Pessoa - PB. 11/03/2020 12:11:07
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPE: R\$ 0,30 IBS: R\$ 0,51
BEO DIGITAL: AJW08359-TC1K
Confira a autenticidade em <https://elegoebol.tabelionato.com.br>

EDGLEY ALMEIDA DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187423/20

Número do Sinistro: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

CPF: 007.868.314-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2020

Titular do CPF: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 10/08/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA