

---

**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



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, retorne 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



---

**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: ☐ DAVAS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.868.314-99 4 - Nome completo da vítima: Edgley de Andrade Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 468/2012

5 - Nome completo: Edgley de Andrade Santos 6 - CPF: 007.868.314-99  
7 - Profissão: Servico gratis 8 - Endereço: R. Amadeo Campelo 9 - Número: 80 10 - Complemento: APT 003/136-7  
11 - Bairro: Gramma 12 - Cidade: Jaboão Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-207  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-99921-9283

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Banco do Brasil (BB) ☐ Itaú (IT) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)  
☒ Banco do Brasil (BB) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)  
AGÊNCIA: 2443 4 CONTA: 21057 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura e CPF do representante legal ou do beneficiário

35 - Nome legível 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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura do segurado ou beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



**DADOS DO ACIDENTE**

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

**PEDESTRE**

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

**VERSÃO DO PEDESTRE**

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

**CONDUTOR 01**

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

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>GM/Corsa</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>IKG - 8690</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>Novo Hamburgo</b>	U.F. <b>RS</b>
Nome do Proprietário					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º	Renavan N.º	Data da Emissão		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**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 Conferência com o Original  
EM: 20/01/2020

*[Assinatura]*

**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº /2020**

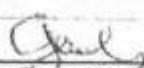
**VÍTIMA 01**


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

**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 alcoemia 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. VI 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

BATALHÃO DE TRÂNSITO (RBSINQ E BORDWARR)  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: 21/1/2020  
 ASSINADO: 





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

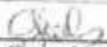


CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0021/2020

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	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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									

DATA: 16/01/2020  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 08.1.31.1223

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.

  
Alex Gomes Mendes – Cb/PM  
Responsável pelo Levantamento



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



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

AMARRAÇÕES

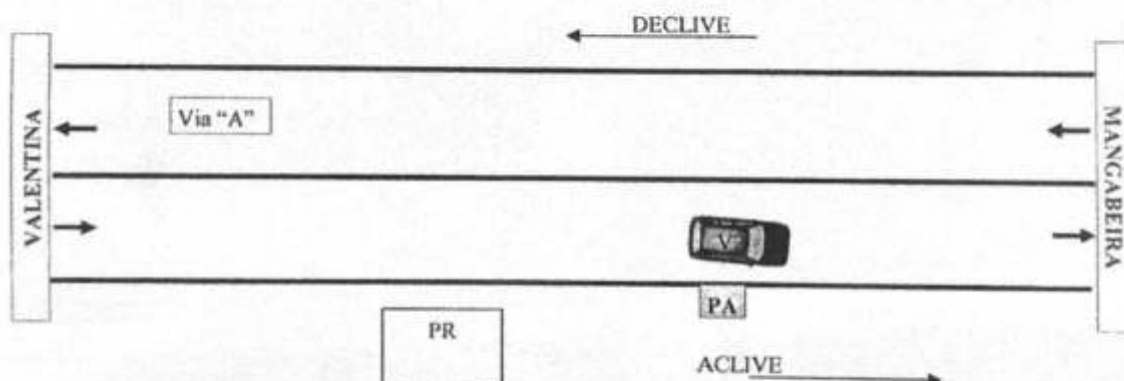
VIA "A" - Rua Francisco Porfírio Ribeiro 10,00metros

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 ILUSTRATIVO NÃO OBSERVE ESCALA

AVARIAS



V1

Alex Gomes Mendes Ch PM  
Responsável pelo Levantamento

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 08/12/2020  
Assinatura





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 Nº 0021/ 2020

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)

LATERAL ESQUERDA (V1)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Batalhão de Polícia de Trânsito Urbano e Rodoviário  
Nº 0021-2020

*Alex*  
Alex Gomes Mendes Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.868.314-99 4 - Nome completo da vítima: Edgley de Andrade Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 466/2012

5 - Nome completo: Edgley de Andrade Santos 6 - CPF: 007.868.314-99  
7 - Profissão: Servico gratis 8 - Endereço: R. Amadeo Campelo 9 - Número: 80 10 - Complemento: APT 003/136-7  
11 - Bairro: Gramma 12 - Cidade: Jaboão Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-207  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-99921-9283

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Banco do Brasil (BB) ☐ Itaú (IT) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)  
☒ Banco do Brasil (BB) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)  
AGÊNCIA: 2443 4 CONTA: 21057 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura e data do representante legal ou do beneficiário

35 - Nome legível 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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura do segurado ou beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 Cirne, 220 - Jaqueirão João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A  
DIREÇÃO E/OU  
MATRÍCULA

70102333

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KIAYTON ROCHA DO NASCIMENTO

R: ARNALDO CAMPELO, 80 - AP003/BLD - GRAMAME JOAO  
PESSOA PB 58067-207

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Ressidência	Comercial	Industrial	Dúvidas	
001.093.650.0242.003		003	1	0	0	0	
Hidrômetro		Data de Instalação	Localização	Situação	Situação Água	Situação Esgoto	
Y11X159165		26/10/2011	EXT LACR	CURTADO		POTENCIAL	
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA
959		965	6		31		02/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2019		0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES				
NOV/2019		6	TURBIDEZ				
OUT/2019		2	CLORO				
SET/2019		2	COL. TERMOT				
AGO/2019		2	COR				
JUL/2019		2	COL. TOTALS				
MEDIA(M)		2	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 03/01/2020		HORA DA IMPRESSÃO: 09:29:01			
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)	
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3		37,91	
ESGOTO					
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 06/2019 07/2019 08				2,30	
JUROS DE MORA 06/2019 07/2019 08/2019				4,45	



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

6882064

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

**ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS**  
**PC VENANCIO 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.   QUALID. AGUA-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
MEDIA(M)	1		DADOS REFERENTES A: DEZ/2019	

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:44:21

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	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.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Pavia de Amorim Nêlson inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bedeley de Andrade Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bedeley 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 Líder-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		Número	Complemento
AN. João Machado		553	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58000-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			83-99921-9283

João Pessoa de 05 de 2020  
Local e Data

Guilherme Pavia de Amorim Nêlson  
Assinatura do Declarante

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUP: 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

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA

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

Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

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 violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Altura:

IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

*Paciente chegou se lesionou com o carro no sinal de vermelho.*

Diagnóstico: *12/01/2020 ORTOP* | Conduta

Prescrição: *Prescrição de medicamento para dor. Analgésico.*  
*Dr. Henrique*

*Dr. Ricardo B. Chacabanc*  
CRM-PB 3507

*Ricardo B. Chacabanc*  
CRM-PB 3507



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA *St. 30/440* Ficha Nr: 294740 Atd: Nao Regu  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 15/01/2020  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:25:33  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980 Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNT:  
FAX: ( ) - CNPJ: 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 Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS  
Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS Estado Civil: NAO INFORMADO  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO) Escolaridade: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS  
T Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749 *molesso Lator*  
Procedencia: HOSPITAL CHMGTB

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] 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: <i>KLEENIO R.</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>					<i>S82.6</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<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:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/01/2020			Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: <i>KLENO R</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>					<i>S82.6</i>
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					

## DESCRIÇÃO 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 parafusos 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

# DESCRIÇÃO 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.

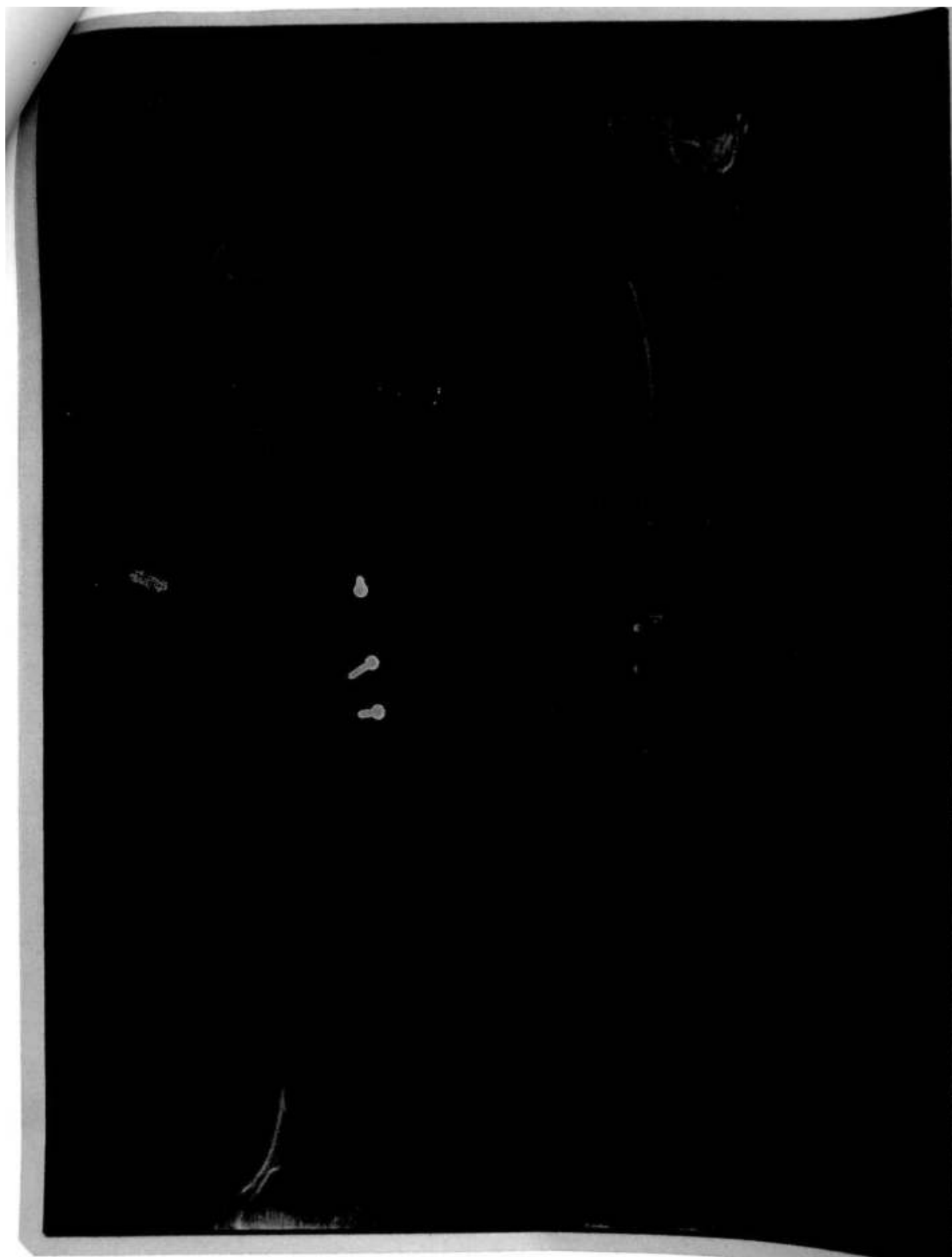
**CID: M76.9 e T93.2**

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](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: 3200239304

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

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-27

Nome do solicitante: Guilhermina Flávia de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011.197.984-69

### DADOS PARA CONTATO

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

Tel. Residencial: ( )

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) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Informa a seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as sequelas suportadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

João Pessoa, 20/07/2020.

Local e Data

Guilhermina Flávia de Amorim Nóbrega.  
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 escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

**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 DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063

CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF 011.197.984-69

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/63

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**ESTADO DA PARAIBA**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

117





ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAÍBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Edgley de Andrade Santos  
 C.A. 1.847.749 -2 VIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.847.749 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/03/2012  
 NOME EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

FILIAÇÃO GERALDO GALDINO DOS SANTOS  
 JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS

NATURALIDADE  
 PICUI-PB

DATA DE NASCIMENTO  
 30/11/1978

DOC ORIGEM  
 CAS C/ AVERB N.5617 F.217 L.B-19  
 CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA/PB  
 OFF  
 007.868.314-99

João Pessoa - PB  
 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110 DE 29/08/00

# 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 CIRURGICO.  
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](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: 3200239304

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

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-27

Nome do solicitante: Guilhermina Flávia de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011.197.984-69

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (03) 99921-9283 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

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) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Informa a seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as sequelas suportadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

João Pessoa, 20/07/2020.

Local e Data

Guilhermina Flávia de Amorim Nóbrega.

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 escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: Edgley de Andrade Santos  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Divorciado  
Identidade: 1.847.749  
CPF: 007.868.314-99  
Profissão: Servico guai  
Endereço: R. Arnaldo Campelo, n° 80 Apt 003 Bl. 1  
CEP: João Pessoa PB 58067-207  
Telefone: (81) 98784-7385. 98787-7660.

OUTORGADOS: Gluliyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n° 13529, portadora do CPF/n° 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n° 14318, portador do CPF/n° 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, n° 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

João Pessoa - 11-03-2020

Local e data

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Edgley de Andrade Santos  
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA  
2º OFÍCIO DE NOTAS  
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-012471  
Reconheço por autenticidade a firma de  
EDOLEY DE ANDRADE SANTOS  
Dou fé, em testemunho de verdade, João Pessoa - PB, 11/03/2020 12:11:07  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51  
BELO DIGITAL: AJW06359-TC1K  
Confira a autenticidade em <http://reconhecer.fpb.pb.br>  
RKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE 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 médico-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](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: 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