
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000090203574-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 708.941.844-82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES 6 - CPF: 708.941.844-82
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 98855-1045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 90203574 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA - PB, 20/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 708.941.844-82 4 - Nome completo da vítima: Alan Christian da Silva Rodrigues

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

5 - Nome completo: Alan Christian da Silva Rodrigues 6 - CPF: 708.941.844-82
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Sellenino Rodrigues 9 - Número: 511 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Santa Terezinha PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.720-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (31) 98855-1045

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: Izabel Cristina Costa da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 044.978.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: Recusado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Kubank

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0004
(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 03/10/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Izabel Cristina Costa da Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 707.941.844 82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA 6 - CPF: 707.941.844 82
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES 9 - Número: 57 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 011.978.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECURSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE
AGÊNCIA: 00028 CONTA: 0000276123
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 (a) (nascer)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.
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 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 21/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Isabel Cristina Costa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CrediAmigo
Banco do Nordeste

Electronic Use Only



4712 3300 0635 0526

01/22

IZABEL CRISTINA COSTA DA SI
00028 000027612-3

VISA

Empresarial Electron

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

702.941.844 82 ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 (a) (nascido)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa-PB, 21/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CrediAmigo
Banco do Nordeste

Electronic Use Only



4712 3300 0635 0526

01/22

IZABEL CRISTINA COSTA DA SI
00028 000027612-3

VISA

Empresarial Electron



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01973.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01973.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:01 horas do dia 20 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alexandro Rodrigues da Costa**, CPF nº 026.358.084-90, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria José de Oliveira Rodrigues e Lourival Gomes da Costa, natural de Belém/PB, nascido(a) em 12/11/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Manguinhos Br 101, bairro Manguinhos, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Principal do Jardim Aeroporto, Jardim Aeroporto, Bayeux/PB, bairro Jardim Aeroporto; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 26/09/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303, § 1º da Lei 9.503/97 (**Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena**).

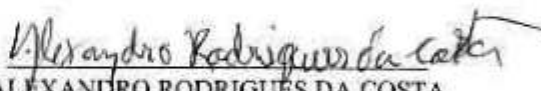
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o comunicante /declarante relata que o seu filho menor de 14 anos de idade, data de nascimento: 24/12/2005 de nome: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES, filho de Alexandro Rodrigues da Costa e de Isabel Cristina Costa da Silva; QUE relata que seu filho vinha de carona na motocicleta de placa: QGB 3012/RN HONDA/CG 150 FAN ESDI, CHASSI: 9C2HC1680FR020159, registrado em nome de Antonio Fernando Nonato; QUE segundo o comunicante/declarante no dia do sinistro quem pilotava a referida moto era a pessoa de GUSTAVA NOGUEIRA DE FREITAS, CPF 503.128.394-72, e que relata que eles seguiam normalmente quando foram fazer algumas compras e que ao retornarem um animal (gato) atravessou e terminou o piloto tentando livrar o animal e terminou o condutor a perder o controle da referida moto, e veio a cair ao chão; QUE o carona acima citado veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 14/02/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 20 de fevereiro de 2020.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ALEXANDRO RODRIGUES DA COSTA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

702.941.844 82 ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 (a) (nascer)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura do representante legal/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CrediAmigo
Banco do Nordeste

Electronic Use Only



4712 3300 0635 0526

01/22

IZABEL CRISTINA COSTA DA SI
00028 000027612-3

VISA

Empresarial Electron



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Serador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1192890



Identificação do paciente					
ID 1434373	Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES				Sexo Masculino
Data de nascimento 24/12/2005	Idade 13 anos 9 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA	Pai ALEXANDRO RODRIGUES DA COSA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRO RODRIGUES - PAI				
DDD Celular 83	Celular 986573429	DDD	Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4264830	Nº Cns 898002311916906			
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB		
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58308334	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MILITAR DA AERONÁUTICA		
Número 243	Complemento RUA DA CHESF	Bairro AEROPORTO			
Admissão					
Data e Hora 26/09/2019 20:34:33	Número da pulseira 100008021945			Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou			
Sinais Vitais					
PA	X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA					Tempo 01min 17seg

Imprimir

4 Izabel Cristiana Costa

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000090203574-5

Nr. da Autenticação C542AC208563B83D

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é secundária de conta.

Modelo para seleção de pagamento da rede Paratibiana da Energisa PB. Nº 003/209.404



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-880
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N
SANTA TERESINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

24/10/2019

CONSUMO

132

VENCIMENTO

31/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/11/2019

Pagador: RITA FIRMINO LEITE CNPJ/CPF: 047.535.644-60

RUA SEVERINO RODRIGUES S/N - PEDREGAL - SANTA TERESINHA / PB - CEP 09000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	

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

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

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

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é secundária de conta.

Modelo para seleção de pagamento da rede Paratibiana da Energisa Paraíba. Nº 0001/2019-404



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N
SANTA TERESINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

24/10/2019

CONSUMO

132

VENCIMENTO

31/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/11/2019

Pagador: RITA FIRMINO LEITE CNPJ/CPF: 047.535.644-60

RUA SEVERINO RODRIGUES S/N - PEDREGAL - SANTA TERESINHA / PB - CEP 09000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	

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

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

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES
DADOS DE NASCIMENTO 24/12/05
NOME DA MÃE ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.800
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 26/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente adolescente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda) derrapou caindo no chão, apresentando trauma com dor no joelho E, além de edema + equimose na face interna + escoriação na lateral E do tórax, face externa do pé E e face interna do cotovelo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho E
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E com desvio aceitável à TC e RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Pediatria.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19
DATA DA EMISSÃO: 14/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

708.941.844-82

CNPJ

CARTÓRIO 8 DE JOÃO PESSOA PB

NASC. N. 11385 PHS. 185 LIV. A. 19

JOÃO PESSOA-PB

NATUREZA

ISABEL CRISTINA RODRIGUES DA COSTA

PLACIO ALEXANDRO RODRIGUES DA SILVA

07/10/2014

DATA DE NASCIMENTO

24/12/2005

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

2 VIA

4.264.830

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

898002311916906

Nome: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data de nascimento: 24/12/2005

Sexo: M

Data de emissão: 21/12/2014

Município de residência: BAYeux



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	BAE 1192800	Data/Hora Entrada 26/09/2019 20:34:33	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/2005	Idade 13a 9m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986573429
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA		CNS 898002311916906	Prontuário
Endereço MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	Bairro AEROPORTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS	Nº Cons. Regional 4909/PB
Data/Hora Classificação 26/09/2019 20:34:33		Data/Hora Prescrição 26/09/2019 20:47:19	

ANAMNESE

Acidente de moto. Vinha dirigindo a moto e derrapou caindo no chão. Na queda bateu o joelho esquerdo no chão. Nega pancada na cabeça, desmaio, vômitos, relata dor em joelho esquerdo. Ao exame: EGR, eupneico, hidratado, corado, orientado, Glasgow 15. Edema em joelho esquerdo, equimose em face interna. Escoriação na lateral esquerda do torax, na face externa do pé esquerdo e face interna do cotovelo esquerdo. Nega alergia a medicações. Movimenta bem MMSS e MID.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ACIDENTE DE MOTO.)

CID10

V20.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Giovana C. R. de Freitas
Pediatra
CRM/PB 4909

Enfermeiro

GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS
(: 4909/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 26/09/2019 20:35:50



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Ortopedia

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	BAE: 1192800	Data/Hora Entrada: 26/09/2019 20:34:33	Data Baixa:
Data de nascimento: 24/12/2005	Idade: 13a 9m 3d	Sexo: Masculino	Telefone de Contato: (83) 986573429
Mãe: IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA		CNS: 898002311916906	Prontuário:
Endereço: MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	Bairro: AEROPORTO	Município: BAYEUX	UF: PB
Acidente: QUEDA / OUTROS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: GUSTAVO FARIAS MENDONÇA	Nº Cons. Regional: 6786/PB
Data/Hora Classificação: 26/09/2019 20:34:33		Data/Hora Prescrição: 26/09/2019 23:14:24	

ANAMNESE

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. RX SUGESTIVO DE FRATURA CD: SOLICITO TC JOELHO REAVALIAR APÓS EXAME

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

CID10

M25.5 - Dor articular

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Gustavo F. Mendonça
GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM-PB 6786/PB

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 26/09/2019 20:35:50



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	BAE 1192800	Data/Hora Entrada 26/09/2019 20:34:33	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/2005	Idade 13a 9m 3d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988573429
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA		CNS 898002311916906	Prontuário
Endereço MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	Bairro AEROPORTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	Nº Cons. Regional 6688/PB
Data/Hora Classificação 26/09/2019 20:34:33		Data/Hora Prescrição 27/09/2019 02:24:40	

ANAMNESE

Acidente de moto. Vinha dirigindo a moto e derrapou caindo no chão. Na queda bateu o joelho esquerdo no chão. Nega pancada na cabeça, desmaio, vômitos. relata dor em joelho esquerdo. Ao exame: EGR, eupneico, hidratado, corado, orientado, Glasgow 15. Edema em joelho esquerdo, equimose em face interna. Escoriação na lateral esquerda do torax, na face externa do pé esquerdo e face interna do cotovelo esquerdo. Nega alergia a medicações. Movimenta bem MMSS e MID.

(26/09/2019 20:47:19-GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS)

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. RX SUGESTIVO DE FRATURA CD: SOLICITO TC JOELHO REAVALIAR APÓS EXAME

(26/09/2019 23:14:24-GUSTAVO FARIAS MENDONÇA)

fratura espinha tibial com desvio aceitavel tala em extensao alta

(27/09/2019 02:24:40-ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ACIDENTE DE MOTO.)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: INGUINOMALEOLAR EM EXTENSÃO)

CID10

M25.5 - Dor articular

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

V20.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 12957

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 523527

Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES		
Data de Nascimento 24/12/2005	Nº Boletim Emergência 1192800	Prontuário
Material a examinar		
Data Prescrição:		26/09/2019 23:14:24

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO
(FRATURA?)

TOMOGRÁFIA	
TIPO	TC both
DATA	26/09/2019
HORA	23:58
NOME TÉCNICO	
ASS.	

Reimpresso por:

dia:

Dr. Gustavo Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 6794 / RBO 13740

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº. 523465

Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	
Data de Nascimento 24/12/2005	Nº Boletim Emergência 1192800
Material a examinar	
Data Prescrição: 26/09/2019 20:47:19	

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
(acidente de moto,)

RAIOS-X	
TIPO ...	Joelho E
DATA ...	26/09/19
HORA ...	21:37
NOME TEC. RAD.	SS
ASS.	SS

Reimpresso por:
dia:

Georgina C. R. de Freitas
pediatra
CRM/PB 4909

Assinatura e Carimbo do Profissional

Ortopedia



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932368458

Data Nasc: 24/12/2005 - 13 anos

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data Exame: 26/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Imagem sugestiva de fratura no plato tibial medial.
Moderada hemoartrose.

OBS: Exame de avaliação limitada devido a arteafos de movimento.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 27/09/2019 00:42 .

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932314431

Data Nasc: 24/12/2005 - 13 anos

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data Exame: 30/08/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA**Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Densidade óssea normal.

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares sacroilíacos preservados.

Espaços articulares dos quadris preservados.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/09/2019 18:27.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO _____

NOME DO PACIENTE: <i>Alan Cristian de Silva redyner</i>		IDADE:		DATA: <i>02/12/2019</i>	
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 fcl glicose e A/D</i>					
 Dr. Raulo Soares de Castro 033.002833 / CRM-PB 2833 CPE: 181.533.594-00 Carimbo e Assinatura do Médico					

F(NG).LAB.002-1

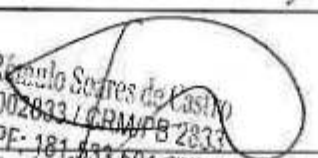


Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE – PRONTUÁRIO _____

NOME DO PACIENTE: <i>Alon Cristian de Silva redyner</i>			IDADE:		DATA: <i>02/12/2019</i>
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 fda glicose e ADP</i>					
 Dr. Régulo Soares de Castro 033.002833 / CRM-PB 2833 CPF: 181.633.684-00 Carimbo e Assinatura do Médico					

F(NG).LAB.007-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
Ret	15 clon		
04/11		7H	
	Plax e alta		
	Dr. Rômulo Soares de Castro 033.002823 / CRM-PB 2835 CPF: 181.533.594-68		
02/12		7H	
	Plax e alta		

F(NG).APC.035-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Alan Cristian

de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 27/09/12

Nº PRONTUÁRIO: 166184

Filho

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Odilene Joaquina

DIAGNÓSTICO: fratura exposta

PROCEDIMENTO: fixação

met. com placa

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3214-2911

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
Ret	15 clon		
04/11		7H	
	Plax e alta		
	Dr. Rômulo Soares de Castro 033.002823 / CRM/PS 283- CPE: 181.533/594-68		
02/12		7H	
	Plax e alta		

F(NG).APC.035-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Alan Cristian

de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 27/09/12

Nº PRONTUÁRIO: FIGUEIRA Filho

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Odílio Joelho

Ortopedia / Cir. 12957

DIAGNÓSTICO: frat. lapinhe

PROCEDIMENTO: fixação

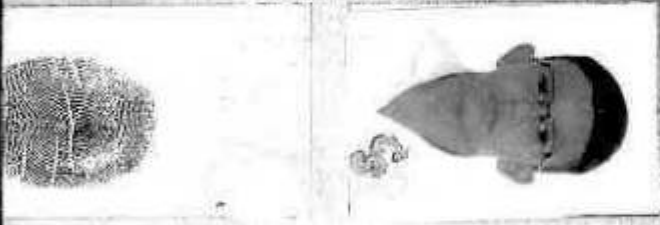
ret. compressão

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3214-2911

F(NG).APC.035-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-038
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Alan Cristian da Silva Rodrigues
ASSINATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.264.830 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2014

NOME ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

FILIAÇÃO ALEXANDRO RODRIGUES DA COSTA
ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/12/2005

DOC ORIGEM
NASC.N.11385.FLS.185 LIV.A 19
CARTORIO 8 DE JOÃO PESSOA PB

CPF 708.941.844-82

ASSINATURA DE ORIGINÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P38




IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO

DATA 2.425.236 - 2 VIA

EXPIRAÇÃO 05/07/2010

NOME IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COSTA DA SILVA NETO

MARIA CRISTINA DE LUNA SILVA

NATURALIDADE

ITATUBA-PB

DATA DE NASCIMENTO 09/09/1973

DOC ORIGIN NASC.N.7827 FLS.81 LIV.14

CARTORIO ITATUBA

CPF 011.978.994-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 1984/85

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106508 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora
RODRIGUES S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-1-5-9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

708.941.844-82

4 - Nome completo da vítima:

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

ALAN CRISTIAN DA SILVA

6 - CPF:

708.941.844-82

7 - Profissão:

REUSO

8 - Endereço:

RUA SEVERINO RODRIGUES

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SANTA TEREZINHA

13 - Estado:

14 - CEP:

58720-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83)98708-8728

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:

IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

011.938.994-99

19 - Profissão do Representante Legal:

REUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, João Pessoa, 19 de março de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 708.941.844-82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA 6 - CPF: 708.941.844-82
7 - Profissão: REVENSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

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: IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 011.938.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: REVENSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 239 CONTA: 1391 8 (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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, João Pessoa, 19 de março de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084520/20

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

CPF: 708.941.844-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA : 011.978.994-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES : 708.941.844-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
CPF: 011.978.994-99

ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
Nº 0041/2020/DPVAT/ADITAMENTO



Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 28.10.2019 HORARIO: 01H00min
Data de noticia do fato a Depol: 11.02.2020
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

DECLARANTE: RUBENS PEREIRA CANDIDO, BRASILEIRO(A), SOLTEIRO(A), AGRICULTOR(A), COM 43 ANOS, NASCIDO EM 27.01.1977, FILHO DE FRANCISCO DE ASSIS CANDIDO E APOLONIA PEREIRA CANDIDO, RESIDENTE NA RUA JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE FILHO, 83, CENTRO - BERNADINO BATISTA - PB. RG 2.579.109 SSP/PB. CPF 055.222.204-65.

VÍTIMA: A PROPRIA DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: AFIRMA A DECLARANTE QUE NO HORARIO E DATA SUPRA MENCIONADO ENCONTRAVA-SE CONDUZINDO O VEÍCULO HONDA NXR160 BRS ESDD, ANO FAB/MOD 2014/2015, VERMELHA, PLCA PMG4644/CE, CHASSI 9C2KD0810FR413887, RENAVAL 1050590209, MATRICULADA EM NOME DE MARIA ANA SILVANA CORREIA QUANDO NA CIDADE DE LIMAS CAMPOS-CE, NA ESTRADA DA CIDADE VEIO A COLIDIR EM UM ANIMAL EQUINO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI EM JUAZEIRO DO NORTE-CE, ONDE SOFREU FRATURAS EM AMBOS OS BRAÇOS E TCE, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO.. QUE DIANTE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de FEVEREIRO DE 2020.

Rubens Pereira Candido



Notificante



Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo sinistro
ELISANGELA NASCIMENTO SANTOS
Escrivã de polícia civil



POLEGAR
DIREITO