

---

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267108**

**Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190267108**

**Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDMILSON MIRANDA 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, 22 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267108**

**Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000057030-2

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 075.523.074-47 CPF da vítima: 075.523.074-47 Nome completo da vítima: Edmilson Miranda da Silva

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

Nome completo: Edmilson Miranda da Silva CPF: 075.523.074-47

Profissão: Recuso Endereço: Sítio Barnocas Número: 5N Complemento:

Cidade: Salamea Estado: PB CEP: 58225-000

Air: Área Rural E-mail:

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0038 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 57030 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

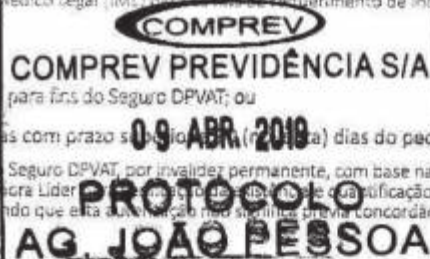
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que possuo 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; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (n) 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 Lider para a realização da qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa nenhuma 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 189 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edmilson Miranda da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar plena ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00048.01.2019.1.02.000**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:34 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Edmilson Miranda da Silva**, conhecido(a) por Edmilson, CPF nº 075.523.074-47, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Miranda da Silva e Antonio Miranda da Silva, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 25/05/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, complemento SITIO BARROCAS - ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Charme, na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-6363.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo a Loja Madeiral, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE O NOTICIANTE NO DIA 30/08/2018, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO CENTRO DA CIDADE DE SOLÂNEA, PRÓXIMO A LOJA MADEIRAL E ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN, DE PLACA MNJ-8548/PB, DE COR AZUL, ANO/MODELO 2005/2005, CHASSI 9C2JC30705R061952, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO, QUANDO FOI SURPREENDIDO NO MOMENTO EM QUE ENTRAVA EM UMA DAS RUAS, COM O IMPACTO DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE BATEU VIOLENTAMENTE NA PARTE DE TRÁS DA MOTO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO, VINDO A CAIR NO SOLO E PERDENDO OS SENTIDOS, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE TEVE DE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

**ADENDO(S):**

Que na data 05/04/2019, à(s) 11:02 horas, na 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOTICIANTE VEM INFORMAR QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO MNJ-8548/PB, QUE ESTAVA CONDUZINDO, O MESMO JÁ É FALECIDO E NÃO TEM NADA COM RELAÇÃO AO SEU ACIDENTE, NEM MESMO SABE COMO SE DEU A SUA MORTE, E NA VERDADE NÃO CONHECIA O MESMO.. Adendo registrado por: José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula: 809861.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Ida. R0 00

*Edmilson Miranda da Silva*



Procedimento Policial: 00048.01.2019.1.02.000

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

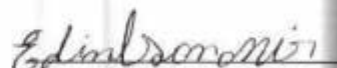


Secretaria  
Segurança

  
José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Mat. 80.986-1

JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE  
ALBUQUERQUE LOBO  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, ☐

  
EDMILSON MIRANDA ☐  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00048.01.2019.1.02.000**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:34 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Edmilson Miranda da Silva**, conhecido(a) por Edmilson, CPF nº 075.523.074-47, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Miranda da Silva e Antonio Miranda da Silva, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 25/05/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, complemento SITIO BARROCAS - ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Charme, na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-6363.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo a Loja Madeiral, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE O NOTICIANTE NO DIA 30/08/2018, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO CENTRO DA CIDADE DE SOLÂNEA, PRÓXIMO A LOJA MADEIRAL E ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN, DE PLACA MNJ-8548/PB, DE COR AZUL, ANO/MODELO 2005/2005, CHASSI 9C2JC30705R061952, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO, QUANDO FOI SURPREENDIDO NO MOMENTO EM QUE ENTRAVA EM UMA DAS RUAS, COM O IMPACTO DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE BATEU VIOLENTAMENTE NA PARTE DE TRÁS DA MOTO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO, VINDO A CAIR NO SOLO E PERDENDO OS SENTIDOS, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE TEVE DE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

**ADENDO(S):**

Que na data 05/04/2019, à(s) 11:02 horas, na 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOTICIANTE VEM INFORMAR QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO MNJ-8548/PB, QUE ESTAVA CONDUZINDO, O MESMO JÁ É FALECIDO E NÃO TEM NADA COM RELAÇÃO AO SEU ACIDENTE, NEM MESMO SABE COMO SE DEU A SUA MORTE, E NA VERDADE NÃO CONHECIA O MESMO.. Adendo registrado por: José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula: 809861.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Ida. R0 00

*Edmilson Miranda da Silva*



Procedimento Policial: 00048.01.2019.1.02.000

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

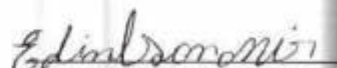


Secretaria  
Segurança

  
José Romero Lobo  
AGT. Investigação  
Mat. 80.986-1

JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE  
ALBUQUERQUE LOBO  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, ☐

  
EDMILSON MIRANDA ☐  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 075.523.074-47 CPF da vítima: 075.523.074-47 Nome completo da vítima: Edmilson Miranda da Silva

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

Nome completo: Edmilson Miranda da Silva CPF: 075.523.074-47

Profissão: Recuso Endereço: Sítio Barnocas Número: 5N Complemento:

Cidade: Salamea Estado: PB CEP: 58225-000

Air: Área Rural E-mail:

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 57030

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

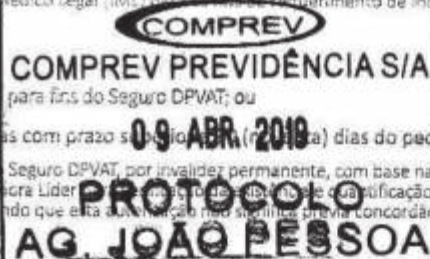
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que possuo 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; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (n) 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 Lider para a realização da qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa nenhuma 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 189 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edmilson Miranda da Silva

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar plena ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 14/05/2019   |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   | 319026710801 |
| VALOR TOTAL:           | 2.362,50     |

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    EDMILSON MIRANDA DA SILVA

BANCO:        104

AGÊNCIA:    00038

CONTA:        000000057030

---

Número da Autenticação

B929B355591FC9D0

EV

## CERTIDÃO

Nº. 0073/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 159080 e Prontuário nº 2018.08.004684 pertencentes a **EDMILSON MIRANDA DA SILVA** que foi atendido dia 30/08/2018 às 16H57min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

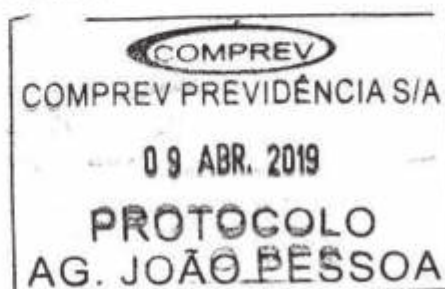
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico 06/09/2018 com alta médica dia 08/09/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: 1 - CNPJ:

Ficha Nr: 159080 Atd: Nao Regular  
Data: 30/08/2018  
Hora: 16:57:14  
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO  
Clinica: ~~ORTOPEDIA~~ *Neurologia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.004684

CNS: 706909104053937 Sexo: M IDENTIDADE: 2951075 SSP PB Fone: 981583277

Natural: CACIMBA DE DENTRO/PB Data Nasc.: 25/05/1985 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO BARROCA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOLANEA UF: PB

Mae: MARIA MIRANDA DA SILVA

Pai: ANTONIO MIRANDA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O IRMAO-CARLOS ANTONIO

Tc. Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 02HS

Vitima de violência por: \*EM SOLANEA-PROX. POSTO GASOLINA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

[ ] Regular

[ ] Vômito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO

09 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de colisao Moto-Carro, el travou em M.E.,  
e deu no local. Sinal de fratura (deformidade) em  
perna (E). Sem outras queixas.

Diagnostico

Obs: Foi realizado

Conduta

90 mg de Tilidil

e 01 anal. Difinoma por SAMU

Prescricao

Horario da medicacao

SR:

(1) Rx de perna (E)

(2) A OPIO.

(3) Alto de GERAL

F. Cunha  
Endereço: Rua...  
PB 51040

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

-----  
| Reservado p/ liberacao  
-----

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia      [ ] Transferido      [ ] Desistencia      [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido      [ ] Enfermaria      Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

-----  
Assinatura do Paciente/Responsavel  
-----

-----  
Assinatura e Carimbo do   
-----

|                                                                                               |       |      |                                     |           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------------------------------------|-----------|---------------|
| Nome: EDMILSON MIRANDA DA SILVA                                                               |       |      |                                     | Registro: |               |
| Idade:                                                                                        | Sexo: | Cor: | Clínica: <i>Ortopedia</i>           | EMP:      | LR:           |
| Data: 06/09/2018                                                                              |       |      | Cirurgião: <i>DR RODRIGO AMARAL</i> |           |               |
| 1º Assistente: <i>DR LEONARDO R3</i>                                                          |       |      | 2º Assistente: DR ENEAS R2          |           |               |
| Anestesista:                                                                                  |       |      | Instrumentador:                     |           |               |
| <b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>                                                          |       |      |                                     |           | <b>CID</b>    |
| <i>Fratura Diafisária de Tíbia E</i>                                                          |       |      |                                     |           | <i>S82.2</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 de Fratura de Tíbia</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 |       |      |                                     |           |               |

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/08/18

Nome: Edmerson Miranda do Beluc  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: Do + deformidade em. perna (F)

Medicações em uso: Nega

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
 [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
 [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
 [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades  
 [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ O FOCO DA FRATURA

## Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia

## Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de Placa de Tíbia de 12 furos

Aposição de 06 parafuso cortical 4,5mm

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

## Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

## OBS:

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

MÉDICO/CRM

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

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

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

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

1 - Rx

Hipóteses Diagnósticas:

2 - fr do osso do perna (E)

Conduta:

3 - IN p/ TIO cirurgico.

CD: Dr. Fideles

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

000 P.

Edmilson Miranda da Silva




CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.951.075 28vd

NOME EDMILSON MIRANDA  
Antonio Miranda da Silva

DATA DE NASCIMENTO 18.05.1965

LOCAL DE NASCIMENTO CACIMBA DE DENTRO-PA

PROFISSÃO

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 1984

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

075.523.074-47

EDMILSON MIRANDA DA SILVA

25/05/1965



BANCO DO BRASIL

2005/12

Documento de uso pessoal e intransferível.  
Devolver junto com um documento de identidade.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR SP  
2627718 SEP VS

CPF  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/06/1982

FEIÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO  
AUTOMOBILISTAS ACC CATEG  
B

Nº REGISTRO  
01851269660 VIGENCIA  
16/01/2019 1ª ATRIBUICAO  
29/06/2001

RESERVAÇÃO

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO  
17/01/2014

*Rodolfo Carneiro*  
ASSINATURA DO EMISSOR 66588356744  
78027919595

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
894056231

PROIBIDA PLASTIFICAR  
894056231

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

DETRAN - PB Nº 5680429183  
PRT - 20060000055322-8

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

|                                                                                     |             |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| VIA                                                                                 | COR TENAVIM | RTB               |
| 1                                                                                   | 863109187   |                   |
| NOME/ENDEREÇO                                                                       |             |                   |
| JOAO MONTEIRO FALCAO NETO                                                           |             |                   |
| RUA JOAO CANCIO 62                                                                  |             |                   |
| MANAIRA                                                                             |             |                   |
| 58038341 JOAO PESSOA - PB                                                           |             |                   |
| CMT/CCI                                                                             |             | PLACA             |
| 50037927434                                                                         |             | MNJ8548/PB        |
| NOME ANTERIOR                                                                       |             |                   |
| JOHNSON QUEIROZ DE OLIVEIRA                                                         |             |                   |
| NOVO                                                                                | PB          | 9C2JC30705R061952 |
| ESPÉCIE TIPO                                                                        |             | COMBUSTÍVEL       |
| PAS/MOTOCICLO                                                                       |             | GASOLINA          |
| MARCA/MODELO                                                                        |             | ANO FAB. ANO MOD. |
| HONDA/CG 125 FAN                                                                    |             | 2005 2005         |
| CAP/POT/CIL                                                                         | CATEGORIA   | COR PREDOMINANTE  |
| 2 P/124 /CI                                                                         | PARTIC      | AZUL              |
| OBSERVAÇÕES                                                                         |             |                   |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO                                                              |             |                   |
| DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA IDENTIFICAÇÃO                                         |             |                   |
| GUARDE EM LOCAL SEGURO                                                              |             |                   |
|  |             | DATA              |
| JOAO PESSOA - PB                                                                    |             | 26/05/2006        |
| 32280                                                                               |             | 7595              |
| AURELIANO D. LEITE                                                                  |             |                   |
| COOR. TENAVIM - DERJ                                                                |             |                   |

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

Número do Sinistro: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

CPF: 075.523.074-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Conforme boletim de ocorrência apresentado, o proprietário do veículo é falecido e a vítima não conhece o mesmo.

Requerente ao proprietário da motocicleta



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## Certidão de Óbito

NOME:

**\* JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO \***

MATRÍCULA:

072249 01 55 2017 4 00116 031 0047148 95

|                                         |                                                                                        |                                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| SEXO<br><b>Masculino</b>                | COR<br><b>Branca</b>                                                                   | ESTADO CIVIL E IDADE<br><b>Solteiro, 51 anos</b> |
| NATURALIDADE<br><b>João Pessoa - PB</b> | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br><b>CPF/MF Nº 500.379.274-34, RG<br/>1.017.731 SSP/PB</b> | ELEITOR<br><b>Sim</b>                            |

### FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOÃO MONTEIRO FALCÃO FILHO e de LANE IVANILDA COSTA FALCÃO. Residência do falecido: Rua Coronel José Maurício da Costa nº 16, Brisamar, João Pessoa - PB

### DATA E HORA DE FALECIMENTO

Dezessete de setembro de dois mil e dezessete, às 8h30min.

DIA

17

MÊS

09

ANO

2017

### LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Memorial São Francisco, Nesta Capital, Conforme D O de N 25885824-9

### CAUSA DA MORTE

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, HEMORRAGIA DIGESTIVA C. P. BAIXA, HEPATOCARCINOMA, (MORTE NATURAL)

### SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério Senhor da Boa Sentença, Nesta Capital

### DECLARANTE

GERLANE RIBEIRO SOARES, RG Nº 939825 SSP PB, profissão Comerciante, estado civil solteira, residente Rua Coronel José Maurício da Costa, 16, Brisamar, Nesta Capital

### NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO

DR LUIZ GUSTAVO CESAR DE B CORREIA, CRM 8684

### OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-116, às folhas 31 sob o nº 47148. Data do registro: 17 de setembro de 2017. Data de nascimento do falecido: 29 de julho de 1966. O falecido era Comerciante, solteiro, deixa um filho de nome: Juan Victor Ribeiro Falcão, deixa bens e era eleitor. Lido, conferido e assinado pela declarante.

### Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

### Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

### Município/UF

João Pessoa

### Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl.02, Ed. Planalto Center -

Func.1, CEP: 58087-000 - TELEFAX: (83) 3233-5600

EMAIL: cartoriomarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa, 17 de setembro de 2017.

*celso F. de medeiros*

CELSON FERREIRA DE MEDEIROS  
ESCREVENTE

SERVIÇO REGISTRAL MARQUES COSTA

Selo digital AEK37816-NGU9

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 471027 B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267108 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 09/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190267108 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 09/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Edmilson Miranda da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sítio Barrocas, nº 517, bairro Zona Rural, Município de Salânea, Estado de(o) PB, Cep: 58225-000, portador(a) do Rg nº 2.958.075, SSP/PB e CPF nº 075.523.071-47.

**Outorgado:** Alexandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Alameda Salsal Costa Duarte, nº 957, bairro João Pessoa, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Edmilson Miranda da Silva ocorrido em 30/08/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Salânea, 01 de ABRIL de 2019.

**DINAH CORRÊA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Rua - Avenida De-2000 - Rodo-1000 - João Pessoa - PB  
Telefone: (33) 3333-3333 - E-mail: dinahcorrea@dinahcorrea.com.br

**EDNA MARIA CORRÊA PAIVA**  
TITULAR  
Rua - Avenida De-2000 - Rodo-1000 - João Pessoa - PB  
Telefone: (33) 3333-3333 - E-mail: edna@dinahcorrea.com.br

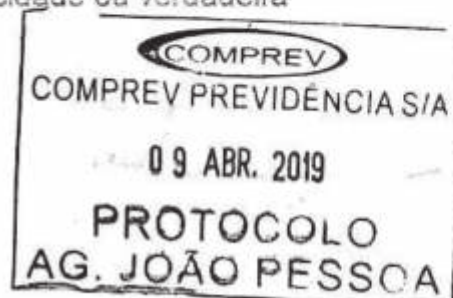
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-001537  
Reconheço por autenticidade a firma de:  
EDMILSON MIRANDA DA SILVA  
Dou fé, em testemunho da verdade. Salânea-PB, 01/04/2019 09:43:08  
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: A1H94879-EJLJ  
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpb.jus.br>

Elda Sousa Alencar de Brito  
Elda Sousa Alencar de Brito  
Escrevente



Edmilson Miranda da Silva  
Outorgante  
CPF nº .....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

**Número do Sinistro:** 3190267108

**Vítima:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

**CPF:** 075.523.074-47

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

**Vítima:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

**CPF:** 075.523.074-47

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/08/2018

**Titular do CPF:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### EDMILSON MIRANDA DA SILVA : 075.523.074-47

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

**Número do Sinistro:** 3190267108

**Vítima:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

**CPF:** 075.523.074-47

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 30/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDMILSON MIRANDA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA