

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2016

Carta nº: 8866219

A/C: JOSE WANDSON CORREA DA SILVA

**Sinistro:** 3160206318  
**Vitima:** JOSE WANDSON CORREA DA SILVA  
**Data Acidente:** 25/12/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA CORREA DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8923829

A/C: JOSE WANDSON CORREA DA SILVA

**Sinistro:** 3160206318 ASL-0149263/16  
**Vitima:** JOSE WANDSON CORREA DA SILVA  
**Data Acidente:** 25/12/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA CORREA DA SILVA

**Ref.: NEGATIVA TÃ©CNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do **beneficiário** de indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no processamento da indenização no banco.

EU, José Wanderson Pereira da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 02462828144EXPEDIDO POR Detran - PEEM 09/04/12CPF 0.925.176.54-05 (CNPJ)PROFISSÃO Aux. de produçãoE RENDA MENSAL DE R\$ 780,00 (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(IA) DO VALOR ALTERNANTE À INDENIZAÇÃO E RESGATE DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Wanderson Pereira da Silva AUTORIZO A SEU(A) ADVOGADO(A) LÍDER DOS CEN. CRO DOS CEN. CRO DOS CEN. CRO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suplen nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras tenham em sua base de dados o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, EAF (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 10.000;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a abertura de proposta de abertura de conta e/ou de transferência com comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RUCERAFISCAR: [www.rucerafiscar.gov.br](http://www.rucerafiscar.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada e/ou cadastrada);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada ou com cópias, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira, ou com cópia impressa do cartão de crédito, ou com cópia de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

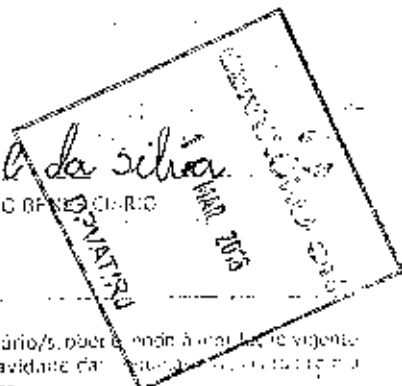
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5312-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1666-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DECLARO QUE NÃO O VALOR DA REFERÊNCIA INDENIZADA.

Carapicá - PB 12 de Maio de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte pelo que será pago aos legítimos beneficiário(s), obedecendo à ordem de vigência na data do acidente; indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (isto é, quando a vítima não pode trabalhar devido à gravidade da lesão) e tabela de seguro prevista na lei 11.344/2006; e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.cpvitsseguro.com.br](http://www.cpvitsseguro.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 30 11 200.

**Extrato últimos 5 dias**

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

JOSE WANDSON CORREA DA SILVA

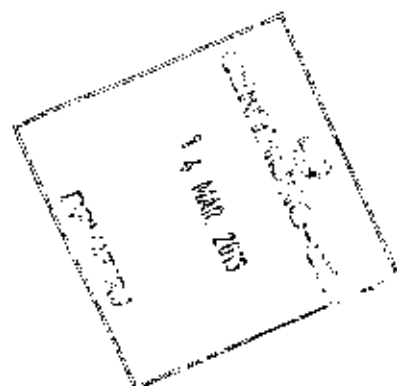
12:05 HRS

AGENCIA 5772 CONTA 0001666-7

13/JAN/2016

## MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

-----ABRIL/2015-----			
DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
27	SALDO ANTERIOR		0,00
-----JANEIRO/2016-----			
13	TARIFA BANCARIA 0081315		9,80-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0111215		9,80-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	TARIFA BANCARIA 0121115		9,80-
	CESTA BRADESCO EXPRE		
	SALDO TOTAL		29,40-



**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 393/2015**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do ocorrido: **25/12/2013**

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: **16H40'**, do dia 11 de maio de 2015.

Local do ocorrido: **RUA LUDOVICO CHACON, N.º 116, CONJUNTO PEREIRÃO, CINCO BOCAS, CAAPORÃ/PB.**

**COMUNICANTE:**

Nome: **JOSÉ WANDSON CORREA DA SILVA**

Nacionalidade: **Brasileira**

Naturalidade: **CAAPORÃ**

Idade: **24 ANOS**

Data de nascimento: **15/09/1990**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão: **AUXILIAR DE PRODUÇÃO**

Identidade nº: **3683755 SDS/PB**

CPF: **092.517.654-05**

Filiação: **Lenilda Correa da Silva e de pai não declarado**

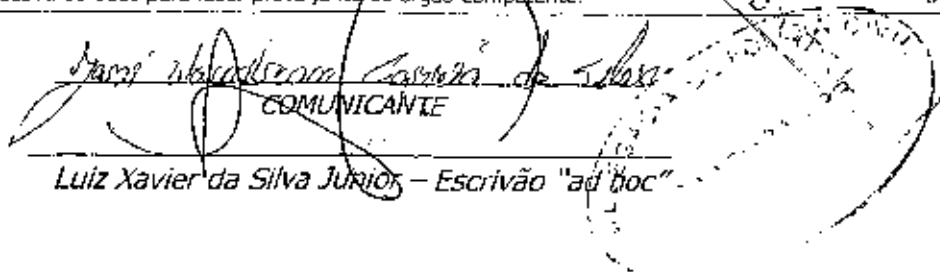
Endereço: **Rua Ludovico Chacon, n.º 116, Conjunto Pereirão, Caaporã/PB CEP: 58326-000**

Telefone: **(83) 9123-6105**

Ponto de Referência: **Próximo ao Mercadinho São Vicente**

**HISTORICO:** Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE: No dia 25/12/2013, por volta das 22h quando conduzia a moto honda CG 150 de cor preta, nas imediações do pátio de Eventos de Caaporã/PB sentido BR101, colidiu frontalmente com uma outra moto; QUE estava sem capacete; QUE estava a aproximadamente 60km/h; QUE não se lembra do que ocorreu apenas que viu um clarão na sua frente pois a pancada foi toda na cabeça; QUE foi socorrido pelo SAMU para o hospital local e em seguida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena; QUE depois do acidente não sente mais cheiro; QUE sente o sabor dos alimentos; QUE a moto do acidente é uma HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO 2012, MODELO 2012, CHASSI 9C2KC1660CR545061, RENAVAL 0047489460-6 EM NOME DE JOSIAS DA SILVA LIMA; QUE COM O NOTIFICANTE, NUMA OUTRA MOTO, ESTAVA A PESSOA CONHECIDA POR TOMAZ, FILHO DE CRECI, RESIDENTE PRÓXIMO AO FORUM, MAS QUE NADA LHE OCORRERA; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM ERA A OUTRA PESSOA DO ACIDENTE, MAS SABE QUE ESTAVA COM UMA MENINA NA GARUPA E AMBOS TIVERAM FERIMENTOS LEVES; QUE O QUE SE LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE É APENAS O QUE INFORMARAM PARA O NOTIFICANTE; QUE NA HORA DO ACIDENTE VÁRIAS PESSOAS QUE BEBIAM NOS QUISQUES FORAM OLHAR O OCORRIDO; QUE RECEBEU ALTA NO DIA SEGUINTE AO ACIDENTE; QUE PASSOU UNS 15 DIAS ACAMADO; QUE NA ÉPOCA DO ACIDENTE PASSOU DE 8(OITO) A 10(DEZ) DIAS SEM TRABALHAR DE ATESTADO MÉDICO E EM SEGUIDA RETOMOU A SUA VIDA. Depois de lido e achado conforme, val devidamente assinado, pelo(a) notificante, e por mim, Escrivão "ad hoc", que o digitei e expedi a respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

  
COMUNICANTE

  
Luiz Xavier da Silva Junior – Escrivão "ad hoc"

**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 393/2015**

**Termo de Aditamento**

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do ocorrido: **25/12/2013**

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: **16H40'**, do dia 11 de maio de 2015.

Local do ocorrido: **RUA LUDOVICO CHACON, N.º 116, CONJUNTO PEREIRÃO, CINCO BOCAS, CAAPORÃ/PB.**

**COMUNICANTE:**

Nome: **JOSÉ WANDSON CORREA DA SILVA**

Nacionalidade: **Brasileira**

Naturalidade: **CAAPORÃ**

Idade: **24 ANOS**

Data de nascimento: **15/09/1990**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão: **AUXILIAR DE PRODUÇÃO**

Identidade nº: **3683755 SDS/PB**

CPF: **092.517.654-05**

Filiação: **Lenilda Correa da Silva e de pai não declarado**

Endereço: **Rua Ludovico Chacon, n.º 116, Conjunto Pereirão, Caaporã/PB CEP: 58326-000**

Telefone: **(83) 9123-6105**

Ponto de Referência: **Próximo ao Mercadinho São Vicente**

**HISTÓRICO:** Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE: No dia 25/12/2013, por volta das 22h quando conduzia a moto honda CG 150 de cor preta, nas imediações do pátio de Eventos de Caaporã/PB sentido BR101, colidiu frontalmente com uma outra moto; QUE estava sem capacete; QUE estava a aproximadamente 60km/h; QUE não se lembra do que ocorreu apenas que viu um clarão na sua frente pois a pancada foi toda na cabeça; QUE foi socorrido pelo SAMU para o hospital local e em seguida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena; QUE depois do acidente não sente mais cheiro; QUE sente o sabor dos alimentos; QUE a moto do acidente é uma HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO 2012, MODELO 2012, CHASSI 9C2KC1660CR545061, RENAVAM 0047489460-6 EM NOME DE JOSIAS DA SILVA LIMA; QUE COM O NOTIFICANTE, NUMA OUTRA MOTO, ESTAVA A PESSOA CONHECIDA POR TOMAZ, FILHO DE CRECI, RESIDENTE PRÓXIMO AO FORUM, MAS QUE NADA LHE OCORRERA; QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM ERA A OUTRA PESSOA DO ACIDENTE, MAS SABE QUE ESTAVA COM UMA MENINA NA GARUPA E AMBOS TIVERAM FERIMENTOS LEVES; QUE O QUE SE LEMBRA DO MOMENTO DO ACIDENTE É APENAS O QUE INFORMARAM PARA O NOTIFICANTE; QUE NA HORA DO ACIDENTE VÁRIAS PESSOAS QUE BEBIAM NOS QUISQUES FORAM OLHAR O OCORRIDO; QUE RECEBEU ALTA NO DIA SEGUINTE AO ACIDENTE; QUE PASSOU UNS 15 DIAS ACAMADO; QUE NA ÉPOCA DO ACIDENTE PASSOU DE 8(OTTO) A 10(DEZ) DIAS SEM TRABALHAR DE ATESTADO MÉDICO E EM SEGUIDA RETOMOU A SUA VIDA; QUE A PLACA TEM A SEGUINTE PLACA OFA4556/PB. Depois de lido e achado conforme, legalmente assinado, pelo(a) notificante, e por mim, Escrivão "Ad hoc", que o digitei e expedi a respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

Aditado às 09h30 do dia 09/06/2015.

*Luiz Xavier da Silva Junior*  
COMUNICANTE

*Luiz Xavier da Silva Junior* – Escrivão "ad hoc"



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Wanderson Pereira da Silva  
portador da carteira de identidade nº 3.683 755 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.517.654-05  
residente e domiciliado na Rua Lourenço Chacon, nº 116, Conjunto Penha  
Cidade Caaporá, Estado PB, 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:

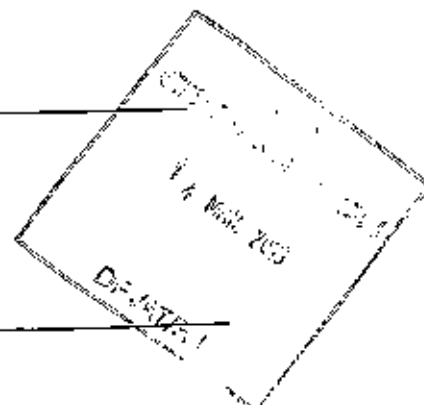
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não  
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90  
(noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de  
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita  
o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML,  
concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta  
avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia  
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Caaporá - PB 12.05.2015  
Local e data

Jose Wanderson P. da Silva  
Assinatura do declarante



\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Correia da Silva

RG nº 1468.626, data de expedição 13/05/11, Órgão SDS/PB,

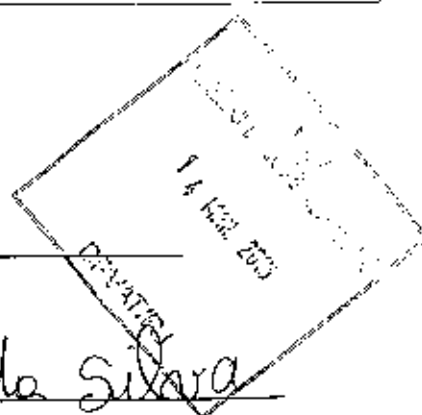
CPF nº 907.057.424-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ludovico Chacon</u>
Número	<u>116</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capitã</u>
Estado	<u>Perнам bucos</u>
CEP	<u>58326-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Maria Correia da Silva







**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, DIGITE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
10410333
REFERÊNCIA
JAN/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO BATISTA DA SILVA  
RUA LEODOVICO CHACON 116  
CENTRO 58326-000  
CAAPORA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Quilômetros	Comunidade	Industria	Escola	
014 01 105 0083	0	1	0	0	0	10410333
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM. DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
0 | 0 | 0 | 30 | 19/02/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

TURBIDEZ 26 28 28

COLIFORMES 0 0 0

COR 5 22 22

CLORO 0 26 28

MÉDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: 02/2015

DATA DA LEITURA: 21/01/2016 HORA DA LEITURA: 13:10:28

DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 12m 10 20,93 R\$26,93

47-JUROS DE MORA R\$0,00

50-ACRESCIMO(S) MLC(ES) ANT. R\$0,58

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS 21,49 R\$ E COTAX LET 12/2015

VENCIMENTO: Total a Pagar:

12/02/2016 R\$27,49

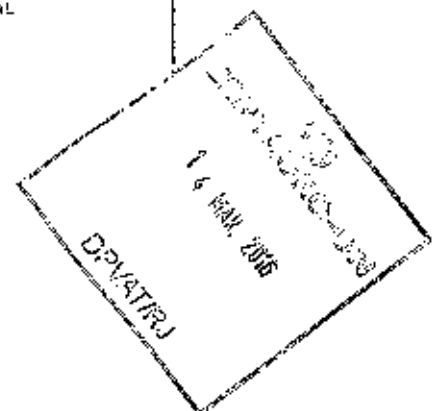
15,7 R. 4,0

INDICAÇÃO DE LEITURA: NÃO REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: SEM HÍDRÓTIPO DE TARIFA: SÓDIAL

POSICÃO DE DER. ANTERIOR(ES)

NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Corrêa da Silva, portador(a) do

RG nº 1.468.626, expedido por SDS/PB, em

13 / 05 / 2011, CPF/CNPJ nº 907.057.424-15,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose

Wandson da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidade

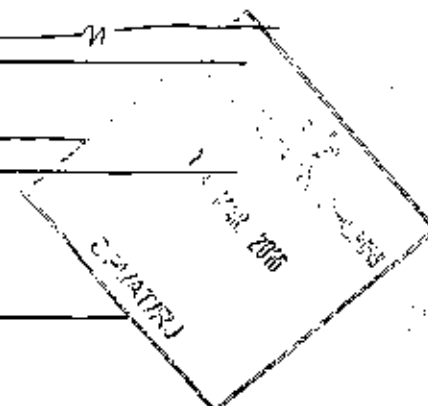
da vítima Jose Wandson da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Maria Corrêa da Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ACS53628-XAB4

Documento autêntico e verdadeiro  
em virtude do presente instrumento.

**SOUSA SOARES**  
**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL**

Travessa do Fórum, S/N - Caaporã - PB

Reconheço como autêntica e verdadeira a(s)

Firma(s) de Maria Vitoria da Silva

Conforme autógrafo aforesado neste Ofício,  
em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Caaporã - PB, 21 de 11 de 2016

15 - 15/11/2016



## Declaração do Proprietário do Veículo

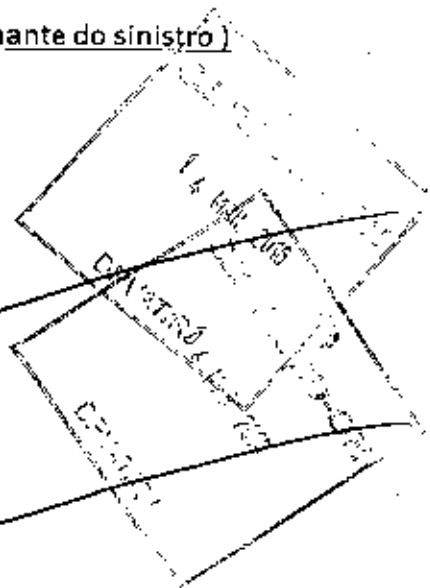
Eu, Josias da Silva Lima,  
CNH RG nº 05543270666, data de expedição 22/07/13,  
Órgão Detran/PB portador do CPF nº 084.246.504-92, com  
domicílio na cidade de Caaporá, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Lourenço Chacon, nº 116,  
complemento lento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Joé Wanderson Correia da Silva cujo o condutor era

Veículo: motocicleta  
Modelo: honda/150 titon ex  
Ano: 2012/2012  
Placa: OFA-4556/PB  
Chassi: 9C2KE660E545061  
Data do Acidente:  
Local e Data:

Josias da S. Lima  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Reconheço, por autenticidade, a(s) assinatura(s)  
JOSIAS DA SILVA LIMA  
Dou fe Caaporá/Paraíba - 29/02/2016  
Escrevente: José Anderson Borges da Silva  
Selo Digital: ACV09254-JL2M  
Consulte a autenticidade em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Documentação médica / exclusiva  
-0008-



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSÉ WANDSON DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	15/09/90
NOME DA MÃE	LENILDA CORREA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	732.174
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	26/12/13
HORA DO ATENDIMENTO	00:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE
CID 10	V 29 + S 06.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOCORRIDO PELO SAMU, PROCEDENTE DO HOSPITAL DE CAAPORÃ, COM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA + VÔMITOS. QUEIXA DE DOR CERVICAL. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO E COLUMNA CERVICAL

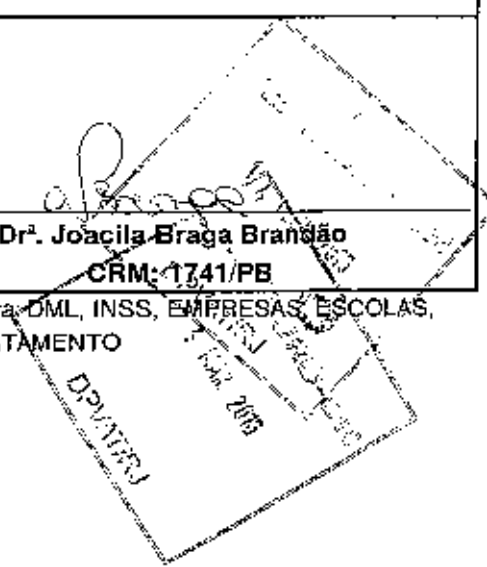
### TRATAMENTO:

PACIENTE AVALIADO POR NCR + BMF, NÃO SE EVIDENCIANDO FRATURAS OU LESÕES INTRACRANIANAS. MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR:	26/12/2013
DATA DA EMISSÃO:	09/03/2015

Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





VALIDA EM TODOS  
OS ESTADOS DO BRASIL  
754599396

PRIMEIRO DIA DE JUNHO  
754599396

NOME  
JOSE WANDSON CORREA DA SILVA



CPF: 3603745 808 PB

DATA NASCIMENTO: 25/09/1996

NÃO DECLARADO  
DECLARA CORREA DA  
SILVA

CPF: 05468820144

DATA: 12/03/2016

DATA: 09/04/2012

UNIDADE  
A  
XATON Af. 17 - BRASILEIRÃO

por sistema de auto

GOIANA

*Wandson Correa da Silva*

DATA: 18/04/2012

11687049704  
ER053012560



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **092.517.654-05**

Nome da Pessoa Física: **JOSE WANDSON CORREA DA SILVA**

Data de Nascimento: **15/09/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/12/2007**

Digito Verificador: **00**

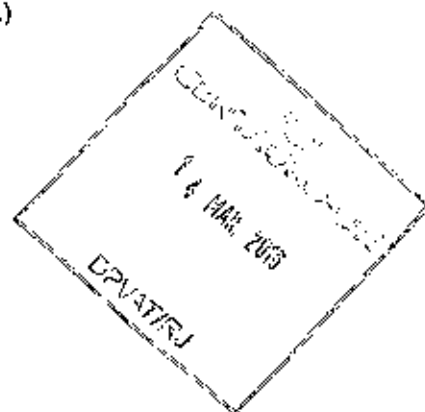
Comprovante emitido às: **11:30:07**: do dia **10/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **624F.163B.60C1.FE3B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.468.626 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/05/2011

NOME MARIA CORREIA DA SILVA

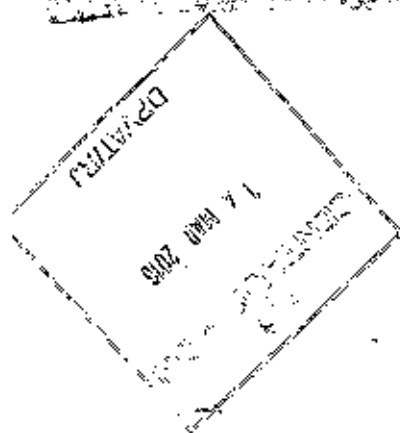
FILIAÇÃO JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA  
MARIA DO CARMO CORREIA DA SILVA

NATURALIDADE CAAPORA - PB DATA DE NASCIMENTO 14/09/1968

DOC ORIGEM CASAM N. 114 FLS. 114 LIV. B AUX 01  
CARTÓRIO ALHANDRA PB  
907.057.424-15

ASSINATURA DO TITULAR *[Signature]*

LEI Nº 7.119 DE 09/09/03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2-010

Maria Correia da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011575448011  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0047489480-6 00/00000000 2014

NOME JOSIAS DA SILVA LIMA

08424650492

OFA4556/PB

NOVO PB 9C2KC1660CR545061

PAS/MOTOCICLE/RAO APLIC

HONDA/CG 150 TITAN EX

2 P/149 /CI PARTIC PRET

IPVA PAGO EM 30/06/2014

P V A \*\*\*\*\* 0 PARCELAMENTO 2 3

SEGURO P A G O 30/06/2014

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

CAAPOR



322

30/06/2014

36722

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011575448011 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSIAS DA SILVA LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
08424650492  
www.seguredotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 622 1204

2014 30/06/2014

VIA JOSIAS DA SILVA LIMA

RENAULT

08424650492 OFA4556/PB

00474894806 HONDA/CG 150 TITAN E

PREMIO TARIFARIO  
2012 9 9C2KC1660CR545061

SEGURO P A G O

CO TA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.848.601/0001-04

www.seguradoralider.com.br

36722-1126260-20140630

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160206318 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WANDSON CORREA DA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** acidente de transito sem relato de trauma específico

**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica válida disponível não há lesões e/ou sequelas permanentes indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





VALNIA LSA NUNO  
O IDENTIFICADORE NACIONAL  
750807063

Nome: JOSIAS DA SILVA LIMA

CPF: 8235594 SSF: FE

CM: 084.246.504-92 DATA NASCIMENTO: 12/03/1989

FILIAÇÃO: ANTONIO BALduino DE LIMA  
JOSICLEIDE MARIA DA SILVA LIMA

1º PASSADO: 3554237-1 2º PASSADO: 19/07/2012

Observações:

EXPERIÊNCIA ATIV. REMUNERADA:

*Josias da Silva Lima*

750807063

1º PASSADO: 3554237-1 2º PASSADO: 19/07/2012

CPF: 8235594 SSF: FE

DATA NASCIMENTO: 12/03/1989

Assinatura: *Roberto Carneiro*

81619006092  
75025786800



# Registro de Sinistro



DP.: 111

Processo: 0000/725242

Código: 725242

Unidade  
CENTAURO-ON RIO DE JANEIROParceiro  
M.S.A. SERVIÇOS DESub-Parceiro  
MR ASSESSORIABO Nº  
393/2015Data BO  
11/05/2015DELEGACIA  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE CAAPORA/PBPlaca  
OFA-4556/PBTipo de Veículo  
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo

6318

IML

Nome da Vítima  
JOSE WANDSON CORREA DA SILVATipo Sinistrado  
3 - MotoristaNatureza  
2 - INVALIDEZSexo Sinistrado  
MASCULINOData Nascimento  
15/09/1990Tipo de CPF  
0 - Possui CPFCPF da Vítima  
092.517.654-05Data Ocorrência / Hora  
25/12/2013 / 16:40Cidade  
CAAPORAUF  
PBCEP  
58326-000Telefones  
Fone: 00000000000Email  
dpvat.barra@gmail.comQtde. Benef.  
1

Data Óbito

Médico  
JOACILA

Valor(INVALIDEZ)

## Beneficiários

Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Complemento	Vínculo	Bairro	Dt. Nasc.	Cidade	CPF/CNPJ	UF
JOSE WANDSON CORREA DA SILVA	58326-000	RUA LUDORIVICO 116	Vítima		VITIMA	CONJ PEREIRAO	15/09/1990	CAAPORA	092.517.654-05	PB
OUTROS					R\$ DE 1,00 A 1.000,00					
MARIA CORREA DA SILVA			Procurador				14/09/1968		907.057.424-15	
Data Procuração/UF: 05/01/2016 PE Profissão: RECUSOU INFORMAR Renda: RECUSOU INFORMAR										
Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 5772-0 C/P 1666-7										

## Histórico

Data	Usuário	Situação
22/05/2015 17:53:45	MSA CAROLINA	Pré-Cadastro não analisado
01/06/2015 12:41:08	MSA CINTIA	Pré-Cadastro com restrições

### Detalhes das restrições

- \* Adendo ao Boletim de ocorrência informando a placa da motocicleta.
- \* Foi recepcionado cópia do cartão bancário porém não é aceito pela Seguradora Lider pois não identifica o tipo de conta (corrente ou poupança). favor enviar novo comprovante bancário. tais como: cópia da folha de cheque ou cópia do cartão bancário (desde que esteja identificado se a conta é poupança ou corrente) ou cópia do cabeçalho do extrato ou saldo bancário ou transferência de contas do mesmo banco.
- \* Por favor enviar o comprovante de residência.

09/03/2016 16:22:41	MSA MARCOSFRAZAO	Documentação complementar recebida na Unidade
10/03/2016 11:30:46	MSA TAINA	Pré-Cadastro analisado e aprovado

### Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41, 4º ANDAR - SALAS 401/402 Centro - Cep: 20031-007

Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402

e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site <http://www.centauro-on.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 725242 e a data de nascimento 15/09/1990 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160206318 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WANDSON CORREA DA SILVA **Data do acidente:** 25/12/2013 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** acidente de transito sem relato de trauma específico

**Resultados terapêuticos:** tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica válida disponível não há lesões e/ou sequelas permanentes indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSE WANDSON DA SILVA  
Identidade: 3.683.755 CPF: 092.517.654-05 Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUX. PRODUÇÃO End: RUA LUDOVICO CHACON  
Nº 116 - CONJUNTO PEREIRA - CAAPORÁ/PB

Outorgado: MARIA LORREA DA SILVA  
Identidade: 1.468.626 CPF: 907.057.424-15 Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: autônomo End: RUA LUDOVICO CHACON  
Nº 116 - CONJUNTO PEREIRA - CAAPORÁ/PB

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas, referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima JOSE WANDSON DA SILVA

Identidade: 3.683.755 CPF: 092.517.654-05

2º Ofício CAAPORÁ/PB, 05 de JANEIRO de 2016.

Jose Wandson Correa da Silva

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de  
JOSE WANDSON CORREA DA SILVA  
Doc. nº: 00000000000000000000000000000000  
Escritório: José Anderson Borges  
Selo Digital: ACV09351-71PS  
Consulte a autenticidade em  
<https://secedigital.tpb.jus.br>