



---

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 inicio 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,



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 TÂCNICA - 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 Lider - DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

### Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

#### CAMPO PERTENCENDO 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 serifas, para evitar atrasos no encaminhamento da indenização ao banco.

EU, José Wanderson Pereira da Silva.

POR DATORIA DO RG N° 02462828244 EXPEDIDO POR Detran - PE EM 09/04/12  
PROFISSÃO auxiliar de produções  
CPF 0.925.176.540.5 /CNPJ  
E RENDA MENSAL DE R\$ 780,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO, COM SALA DIFERENTE À INDENIZAÇÃO E EMISSÃO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA por Wanderson Lopes da Silva. ANTRIA 1000 DIA 09/04/12  
DPVAT A ESTUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS PRESTADAS.

<sup>(7)</sup> A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, estabelece que todas as seguradoras têm obrigação de consultar o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, entre outros documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um paciente, lembre-se que os documentos abertos (iniciados não fechados) de forma alguma podem ser fechados.

- 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, IAF (micro empresa) ou LTDA;
  - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
  - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimento financeiro mensal;
  - Conta tipo FÁCIL operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
  - Conta PCD/PANÇA operação 013 da CEF (pertence à União Loterias com limite de movimento financeiro mensal de até R\$ 10 Mil);
  - Conta bloqueada, inativa ou não proposta (nesta momento revoga-se a inatividade da proposta e abre-se a de conta tipo FÁCIL com comprovação dos dados bancários);
  - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RFB/FAPEB: [www2.receita.fazenda.gov.br](http://www2.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAI. Verificar que não é o mesmo da conta informada no cadastro;
  - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os pagamentos bancários com imagens digitais, faturas ou cópias escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira realizada. É vedado o uso de certas mercadorias, como armas e de códigos de segurança.

388A CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

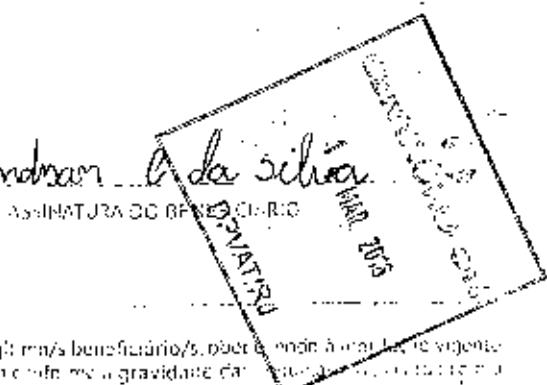
Nº do BANCO: \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir): \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir): \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIETÁRIO, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOCUMENTO CONTA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Capão - PB. 12 de Maiu  
LOCAL E DATA

2015. e Marci utánban a la silióra

ASSINATURA DO BPA - C.R.C.



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago para cada beneficiário/s, não limitado à morte, na vigência da data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (100% que varia conforme a gravidade da lesão, de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2005); e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
  - Para acompanhar o processo ou analisar o pedido de indenização, acesse [www.cpv.usgs.gov.br/contato/index.html](http://www.cpv.usgs.gov.br/contato/index.html) ou ligue para o SAC Usgevai 0800 32 22200.

## 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

-----JANETRO/2016-----

13 TARIFA BANCARIA 0081015 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: JOSE 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 UMA SEMANA ACAMADO; QUE NA ÉPOCA DO ACIDENTE PASSOU DE 8(OITO) A 10(DEZ) DIAS SEM TRABALHAR DE ATESTADO MÉDICO E EM SEGUINDE 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.

Janílson Corrêa de Souza  
COMUNICANTE

Luiz Xavier da Silva Júnior - Escrivão "ad hoc"



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
1<sup>ª</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
6<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ  
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



## 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 CORRÉA 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 UMA 15 DIAS ACAMADO; QUE NA ÉPOCA DO ACIDENTE PASSOU DE 8(ÓITO) 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, fui 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.

Aditado às 09h30 do dia 09/06/2015

*José Wandson Corrêa da Silva*  
COMUNICANTE

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Apole Wanderson Correa da Silveira, 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 Chaeon, nº 116, conjunto Perelhão, 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:

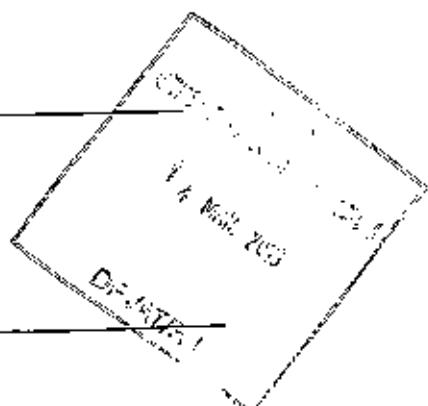
- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 (C) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 (C) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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

Apole Wanderson L. da Silveira  
Assinatura do declarante





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Corrêa da Silva,

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

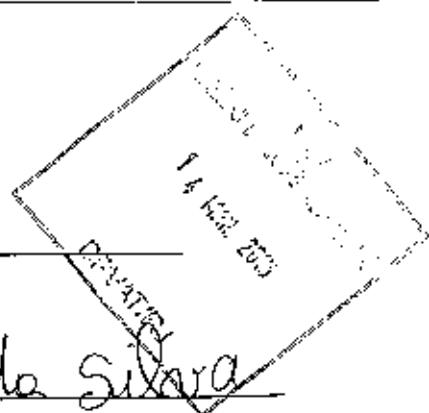
CPF nº 907.057.424-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ludovico Phaon</u>
Número	<u>116</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caaporã</u>
Estado	<u>Pernambuco</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 Corrêa da Silva



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.654/0001-47

FILA CONTAGEM A CACOPA DESEMPENHO NÚMERO	
MATRÍCULA	
10410333	
REFERENCIA	

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2016

JOÃO BATISTA DA SILVA  
RUA LUDOVICO CHACON 116CENTRO 58326-000  
CAPOARA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
A14.01.105.0083	0	0 0 0 0	JOÃO BATISTA DA SILVA
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
0	30/12/1999	0	ILICADO

ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (R\$) E NUM. DE DIAS / PROXIMA LEITURA

0 0 0 30 19/02/2016  
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. / QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MG.

NÚMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS EXEG. ANALIS. CONFORMES

TURBIDEZ 26 28 28

COLIFORMES 0 0 0

COR 25 22 22

CLORO 26 28 28

MEDIDAS DADOS REFERENTES A DEZ/2015

DATA DA LEITURA: 21/01/2016 HORA DA LEITURA: 13:19:28

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

RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 16h 10 20,93 R\$20,93

047-JUROS DE MORA R\$0,63

050-ACRESCIMO(S) MISCÉL. ANT. R\$0,53

VALOR APROXIMADO DE TARIFFEIS R\$ 12,49 PTS. E COFINS LET. 12.01.12

Total a Pagar:

VENCIMENTO: R\$27,49

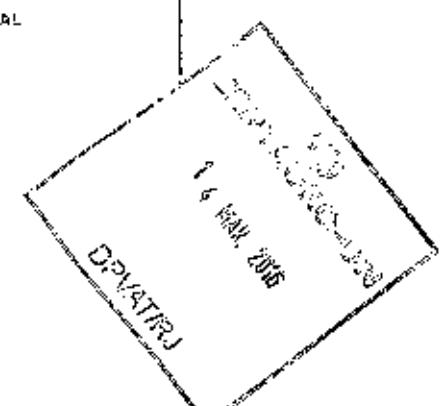
10/02/2016

15,7 R. 1,0

CONDICAO DE LEITURA: NAO REALIZADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO: SEM HIDRÔMETRO DE TARIFA: MORNAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

NAO EXISTE(0) CONTAS(0) ANTER. EM DEBITO.



## 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 invalidez 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: \_\_\_\_\_

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

01/06/2011  
CIA/ATRI

AC553628-XAB4

**Sousa Soares**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Travesseia do Fórum, 54 - Caaporã - PB  
Reconheço como autêntica e verdadeira a(s)  
Firma(s) de Paulo Henrique Soares

Conforme autógrafo a seguir, visto neste Ofício,  
em testemunho Paulo Henrique Soares da verdade.  
Caaporã (PB) 01/03/2016



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josias da Silva Júnior,  
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 Chacan, nº 116,  
complemento lintero, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Anderson Ferreira da Silva cujo o condutor era

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda / 150 titan ex

Ano: 2012 / 2012

Placa: OFA-4556 / PB

Chassi: 9C2KE660ER545061

Data do Acidente:

Local e Data:

X Josias da S. Júnior  
Assinatura do Declarante

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

Reconheço por autenticidade as(s) firmas:  
Josias da Silva Júnior  
Dou fé Caaporá/Paraíba - 29/02/2014  
Escrivendo: José Anderson Borges da Silva  
Selo Digital:ACV09254-JL2M  
Consulte a autenticidade em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



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 MOTOCICLÍSTICO, 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 COLUNA 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: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

DR. J. BRAGA  
CRM: 1741/PB



POLÍCIA FEDERAL

754599396



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**

Dígito 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.)



Document ID: 123456789



-1912-

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GENRAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
1.468.626 - 2 VIA	13/05/2011
NAME	MARIA CORRÉA DA SILVA
FILIAÇÃO	JOSÉ CLÁUDIO DA SILVA MARIA DO CARMO CORRÉA DA SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CAAPORÁ - PB	14/09/1968
DOU ORIGEM	
CASAM. N. 114 FLS. 114 LIV. B AUX 01	
CARTÓRIO ALHANDRA PB	
907.057.424-15	
JOÃO FERREIRA - PB	
ASSINATURA COMPROVANTE	
LEI N° 7.165 DE 29/09/93	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
-VIA- 0047489450-6 00/00000000 2014

003757671  
NOME  
JOSIAS DA SILVA LIMA

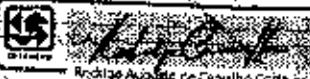
08424650492 OFA4556/PB  
PLACA/ANO DE  
NOVO PB 9C2KC1660CR545061

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC AVISO DE PAGAMENTO  
HONDA/CG 150 TITAN EX 2012 2012  
2 P/149 /CI PARTIC PREST

IPVA PAGO EM 30/06/2014 VENUE COTAS  
P  
V  
A  
\*\*\*\*\* 0 PAGAMENTO COTAS  
\*\*\*\*\* 3<sup>4</sup>

PREV. PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO 30/06/2014  
A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTDA

CAAPOR



322

Endereço Av. das Candeias, Centro

30/06/2014

36722

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB NP 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/segurodotransito.ofa4556/PB  
SAC DPVAT 0800 622 1204

2014 30/06/2014

VIA JOSIAS DA SILVA LIMA

RENOVAN RENOVAN RENOVAN RENOVAN RENOVAN RENOVAN

ANO 08424650492 CHAVE OFA4556/PB

00474894506 HONDA/CG 150 TITAN EX  
PREMIO TARIFARIO

08424650492 9C2KC1660CR545061  
CUSTO DO BILHETE 08424650492 9C2KC1660CR545061

\*\*\*\*\* 0 PAGAMENTO 08424650492 9C2KC1660CR545061

\*\*\*\*\* 3<sup>4</sup> PAGAMENTO 08424650492 9C2KC1660CR545061

08424650492 9C2KC1660CR545061  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.500.800/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://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

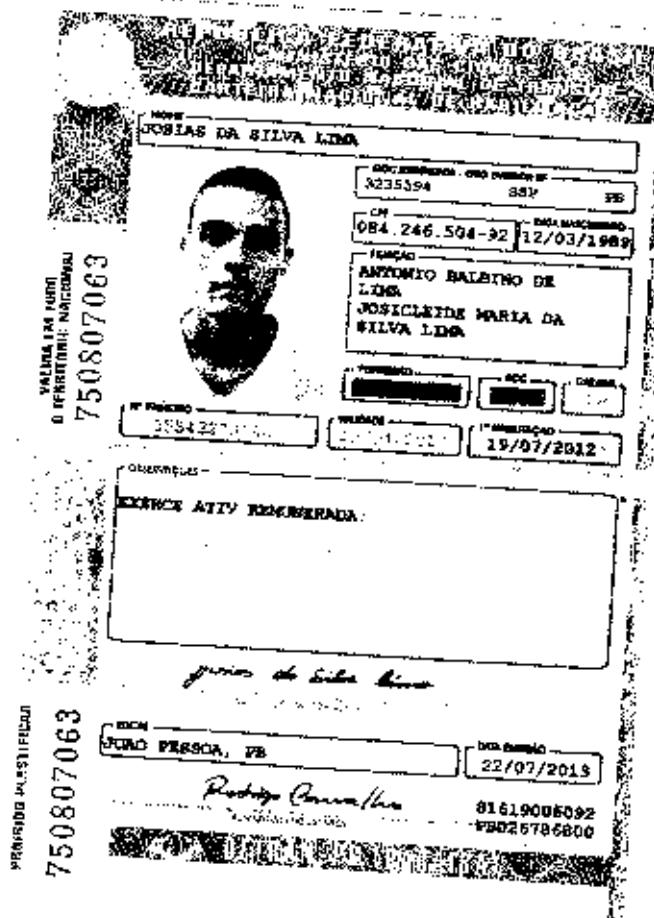
**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# Registro de Sinistro


 DP.: 111

 Processo: 0000/725242

 Código: 725242

Unidade CENTAURO-ON RIO DE JANEIRO	Parceiro M.S.A. SERVIÇOS DE	Sub-Parceiro MR ASSESSORIA
---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

BO N° 393/2015	Data BO 11/05/2015	DELEGACIA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE CAAPORA/PB
-------------------	-----------------------	---

Placa OFA-4556/PB	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	<u>6318</u> IML
----------------------	--	-----------------

Nome da Vítima JOSE WANDSON CORREA DA SILVA	Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Natureza 2 - INVALIDEZ
--	----------------------------------	---------------------------

Sexo Sinistrado MASCULINO	Data Nascimento 15/09/1990	Tipo de CPF 0 - Possui CPF		CPF da Vítima 092.517.654-05	Data Ocorrência / Hora 25/12/2013 / 16:40
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--	---------------------------------	--

Cidade CAAPORA	UF PB	CEP 58326-000	Telefones Fone: 000000000000
-------------------	----------	------------------	---------------------------------

Email dpvat.barra@gmail.com	Valor(INVALIDEZ)
--------------------------------	------------------

Beneficiários						
Nome CEP Profissão	Endereço	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Renda	Bairro	Dt.Nasc. Cidade	CPF/CNPJ UF
JOSE WANDSON CORREA DA SILVA 58326-000 RUA LUDORIVICO 116		Vítima	VITIMA R\$ DE 1.00 A 1.000,00	CONJ PEREIRAO	15/09/1990 14/09/1968	092.517.654-05 PB
OUTROS MARIA CORREA DA SILVA		Procurador				907.057.424-15
<i>Data Procuração/UF: 05/01/2016 PE Profissão: RECUSOU INFORMAR</i>						
<i>Banco: 237 Banco Bradesco S.A. Ag.: 5772-0 C/P 1666-7</i>						

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 de 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 18:22:41 MSA MARCOSFRAZAO Documentação complementar recebida na Unidade

10/03/2016 11:30:48 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 PEREIRÃO - CAAPORÁ/PB

Outorgado: Maria Corrêa da Silva

Identidade: 1468.626 CPF: 907.057.424-15 Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: Autônomo End: RUA LUDOVICO CHACON  
Nº 116 - CONJUNTO PEREIRÃO - 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 Corrêa da Silva

Reconhecido, por autenticação digital, firmado por  
JOSE WANDSON CORRÊA DA SILVA  
Residente: Caaporá/PB - 29/02/2016  
Escritor: Jose Anderson Borges  
Selo Digital: ACV09351-71PS  
Consulte a autenticidade em  
<https://seu.digital/tipo-jusfer>