

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180597413**

**Vítima: MARIA INES SIMOES MARQUES**

**Data do Acidente: 09/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO**

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

**Senhor(a), MARIA INES SIMOES MARQUES**

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

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

Nome completo: *Maria Inês Gómez Moreira* CPF: *160.461.394-00*  
 Profissão: *tradicional* Endereço: *Ru Santa Rocha* Número: *784* Complemento:  
 Bairro: *Centro* Cidade: *Pará Brava* Estado: *PR* CEP: *58088-520*  
 E-mail: *raoni.jeroni@hotmail.com* Tel.(DDD): *(63) 99181-6739*

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (343)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *do Brasil*

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 13 DEZ. 2019  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe 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 09590.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09590.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 10 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria Ines Simões Marques**, CPF nº 160.461.294-00, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero feminino, profissão Lavadeira, filho(a) de Maria Nazareth de Sousa e Jose Felix de Medeiros, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1950 (68 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Marta Pacheco, Nº 784, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-7861.

### Dados do(s) Fato(s):

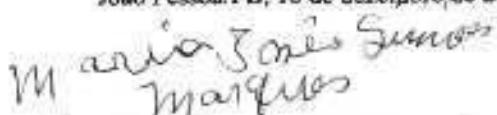
Local: Avenida Cruz das Armas, Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/07/18 17:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

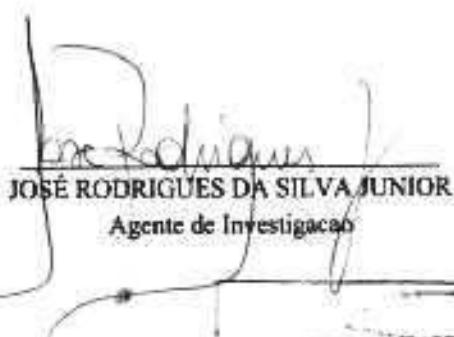
### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 09/07/2018, POR VOLTA DAS 17:25, ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, EM FRENTE A MATERNIDADE FREI DAMIÃO EM UMA FAIXA DE PEDESTRES, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, A QUAL ERA PILOTADA POR UMA SENHORA QUE FICOU NO LOCAL E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS A ESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDA POR UM VEÍCULO PARTICULAR PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO, COM CID S82.1, CONFORME LAUDO MÉDICO DO PRONTUÁRIO 109787 DO BOLETIM DE ENTRADA 10935503, ASSINADO PELO MÉDICO DR ELIVALDO SALES DE TOLEDO, CRM 1873/PB/; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NO HOSPITAL HTOP; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

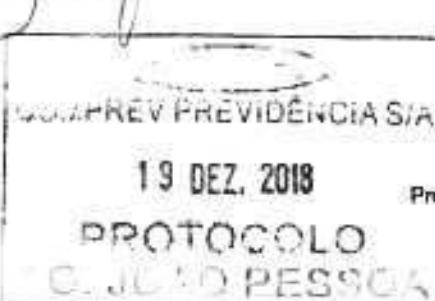
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2018.

  
Maria Ines Simões  
Marques

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

MARIA INES SIMÕES MARQUES  
Noticiante

  
LUCAPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
C. J. J. PESSOA

Procedimento Policial: 09590.01.2018.1.00.401

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

Nome completo: *Maria Inês Gómez Moreira* CPF: *160.461.394-00*  
 Profissão: *tradicional* Endereço: *Ru Santa Rocha* Número: *784* Complemento:  
 Bairro: *Centro* Cidade: *Pará Brava* Estado: *PR* CEP: *58088-520*  
 E-mail: *raoni.jeroni@hotmail.com* Tel.(DDD): *(63) 99181-6739*

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (343)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *do Brasil*

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 13 DEZ. 2019  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospitais Estaduais de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1093603



## Identificação do paciente

Id 1306084	Nome MARIA INES SIMOES MARQUES	Sexo Feminino
Data de nascimento 27/08/1960	Idade 57 anos 10 meses 12 dias	Estado civil Solteiro
Mãe MARIA NAZARATH DE SOUSA		Pai JOSE FELIX DE MEDEIROS
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SILVANIA SIMOES MARQUES - FILHO(A)
DDD Móvel: 63	Fone Móvel: 988686057	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 862976	Nº Cris: 700007963260508
Local de procedência: CRUZ DAS ARMAS		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade: JOAO PESSOA	UF PB
		CBOR

## Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARTA PACHECO
Número 784	Complemento:		Bairro OTIZEIRO

## Admissão

Data e Hora 09/07/2018 22:21:35	Número da pulseira: <b>1000005132019</b>	Convênio SUS
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Sugerição do paciente: RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento: ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente: MOTO X PEDESTRE

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte: SAMU	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA x mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

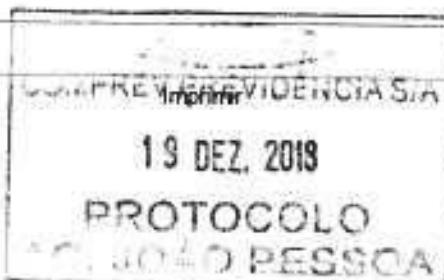
Reio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

Dados clínicos

1000005132019  
09/07/2018 22:21:35  
JOAO PESSOA  
CIRURGIA GERAL  
ATROPELAMENTO  
MOTO X PEDESTRE

Diagnóstico

CD

Assinado por:  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVATempo  
01min 05seg

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA INES SIMOES MARQUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03277-8

CONTA: 000000030952-4

---

Nr. da Autenticação E70902BB97C9919C

SEVERINA DA SILVA ARRUDA  
AV MARIA FACH-EDC, 791 - OTÁCIO  
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58009-529 MZ: 11

Enviado: 20/11/2018 Referência: Nov / 2018  
COTIA SUL - RESIDENCIAL MONOFASICO 01200 KM 25 - Cidade Recreio - João Pessoa - PB - CEP 58110-000  
Potero: 18-2-531-3091 Número: 61000000001

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 00.330.000/0001-01 CNPJ: 00.330.000/0001-01  
CNPJ: 00.330.000/0001-01 CNPJ: 00.330.000/0001-01

Nota Fiscal: Contrato Energisa PB 15 201/46

EAN para Boleto Automático: 00005112200

Access: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI  
Nov / 2018 29/11/2018 31/12/2018 036.000.004-01  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/516208-6

Canal de contato

- Sobre o dia de apresentação da Nota Fiscal de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservado, apresenta-se sua Unidade Consumidora.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Lectura	Data	Lectura	
<b>Demônstrativo</b>					
CCI	Descrição	Operador	Tarifa	Valor	Unidade
0001	Consumo em kWh	09.000	0.020280	00.58	25
0001	Adc. B. Vitrinaria		0.14	0.14	26
0001	Adc. B. Armeria		0.08	0.08	25
0007	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA		0.21	0.00	0
0004	JUROS DE MORA 10/2018		0.30	0.30	0
0005	MULTA 10/2018		1.22	1.22	0
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018		0.38	0.38	0

001-Capacidade Gás Natural (m³) - Total: 0.00 - 0.00 - 0.00 - 0.00 - 0.00 - 0.00  
Media ultimamente (m³/mês) - VENCIMENTO - TOTAL A PAGAR

06/12/2018

R\$ 61,82

81 1 77 1 83 1 80 1 72 1 49 1 74 1 25 1 27 1 43 1 40 1 70  
Nov/18 Débito Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18  
RESERVADO AO FISCO

1882 ee31 0038.06ce.1efa.27ae.7210.a601.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Aprovado	Límite de Tolerância (%)
DE.MED/ER	5.21	0.00
DE.TEM/EST/AL	10.03	0.00
DE.ANAL	21.25	0.00
DE.MEN/AL	3.25	0.00
DE.CALIBR/ATR	6.00	0.00
EF.CALIBR/ATR	13.20	0.00
EF.ANAL	5.03	0.00
DMC	42.21	0.00
DCR	42.21	0.00

Compreensão do Consumo

Classificações	Valor (R\$)	X
Consumo de Gás em Engarrafado	14.83	26.70
Consumo de Gás em Garrafas	20.70	32.40
Consumo de Gás em Frascos	3.18	5.43
Entrega de Gás	2.12	3.37
Imposto Direto e Encargos	21.59	34.02
Outras Serviços	4.00	6.57
Total	81.82	139.00

ATENÇÃO

Faturamento em atraso

13 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
DE PESQUISA  
PREVIDÊNCIA

energisa

PARAÍBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rodovia: 18-2-531-3091  
Matrícula: 516208-2018-17-1

06/12/2018 R\$ 61,82  
83660000000.1 61620149000-9 05162082018-6 11300002019-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Bento de Lobo Feltrico, inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034/88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Monica Freitas Gómez Braga, inscrito (a) no CPF sob o Nº 160.361.294/00, do sinistro de DPVAT cobertura unidade de da Vítima Monica Freitas Gómez Braga, inscrito (a) no CPF sob o Nº 160.361.294/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 \_\_\_\_\_

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

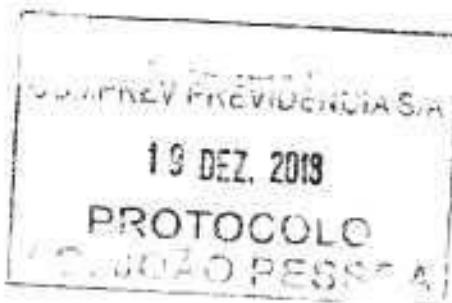
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

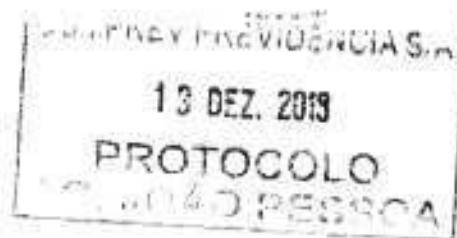
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Souto Antônio Pol. lot</u>	<u>175</u>	
<u>Bonsucesso</u>	<u>PB</u>	<u>58051-780</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Local</u>		
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ebentofeltrico@hotmail.com</u>		<u>(83)99131-6739</u>

João Pessoa, 10 de outubro de 2018  
 Local e Data

Eduardo Bento de Lobo Feltrico  
 Assinatura do Declarante

Assinatura PREVIU/ESTA SÍ





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597413      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA INES SIMOES MARQUES      **Data do acidente:** 09/07/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

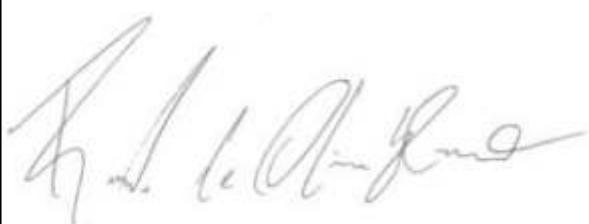
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597413      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA INES SIMOES MARQUES      **Data do acidente:** 09/07/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

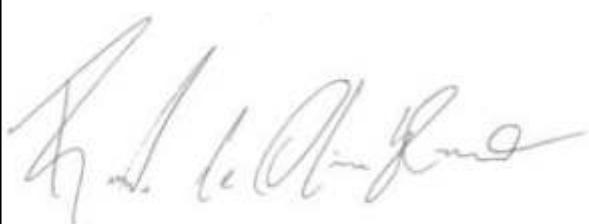
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597413      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA INES SIMOES MARQUES      **Data do acidente:** 09/07/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

13 DEZ. 2018

PROTOCOLO

**OUTORGANTE:**

Nome: Leiva Inês Simões Marques

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Divorciada

Profissão: Advogada

Identidade: 362.976-27-000 CPF: 160.361.294-00

Endereço: Av. Presidente Dutra, 784, Centro, 58300-000, Paraíba

**OUTORGADO:**

Nome: José Luiz Collen da Silva Feliciano

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Divorciado

Profissão: Advogado

Identidade: 2.569.321-55-000 CPF: 036.059.034-83

Endereço: Rua Doutor Antônio Pacheco, 125, Bonsucesso, 58300-000, Paraíba

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substituir e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fim e perfeito cumprimento deste mandado, além de requerer a Indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Leiva Inês Simões Marques

Paraíba, 10 de dezembro de 2018

Local e data

Leiva Inês Simões Marques

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

**PROTÓRIO CELEIDA**

PROTÓRIO CELEIDA  
SERVIÇO NOTARIAL CERTIFICAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Município de **Presidente Vargas** - PB  
Nº 116806, J. Pessoa PB, 10/12/2018 12:52:17 hor  
R\$ 9,82 FarpanR\$0,38 Fepafins1,90, US\$0,47 En. test/03  
verdade. Tabelão **LEONILDO COSTA** Presidente Silva. Selo  
Digital **LEONILDO COSTA** Consulte <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458317/18

**Vítima:** MARIA INES SIMOES MARQUES

**CPF:** 160.461.294-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/07/2018

**Titular do CPF:** MARIA INES SIMOES MARQUES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

### MARIA INES SIMOES MARQUES : 160.461.294-00

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: 19/12/2018  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

RENATO LUNA DIAS