
Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE EDIVAM DE ASSIS**

Nº Sinistro: **3180555844**
Vítima: **JOSE EDIVAM DE ASSIS**
Data do Acidente: **10/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180555844**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDIVAM DE ASSIS

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

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDIVAM DE ASSIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

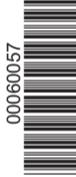
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

083.712.757-22 JOSE EDIVAN DE ASSIS

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

Nome completo:

JOSE EDIVAN DE ASSIS

CPF:

083.712.757-22

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

VILA SAS DOMINGOS

Número:

896

Complemento:

essa

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO DOMINGOS DO ANARI

Estado:

PB

CEP:

58485-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 38143-8421

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Assinatura digital do
vítima/beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, CAMPINA GRANDE, 21/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Yosé Edivan de Assis
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

23 NOV. 2018

PROTÓCOLO

ASSINATURA
YOSÉ EDIVAN DE ASSIS

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

083.712.757-22 JOSE EDIVAN DE ASSIS

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

Nome completo:

JOSE EDIVAN DE ASSIS

CPF:

083.712.757-22

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

VILA SAS DOMINGOS

Número:

896

Complemento:

ASS

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO DOMINGOS DO NORTE

Estado:

PB

CEP:

58485-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 38143-8421

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e classificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa pré-concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Inseriu
dúvida de
existir tal
beneficiário
ou liberou
pessoalmente

Local e Data, CAMPINA GRANDE, 21/11/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

25 NOV. 2019

PROTÓCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MONTEIRO
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SUMÉ

Rua Ver. Elias Duarte, nº 380, Centro, Sumé PB. CEP 58.540-000.

Telefax (83) 3353-2308

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0531/2018

— Tipos de B.O.	Número do tipo de B.O
1. Notícia-crime/queixa	
2. Reserva de direitos	1

TERÇA-FEIRA, 30º DIA DO MÊS OUTUBRO DO ANO 2018, às 09h06,
nesta cidade de Sumé-PB, nesta Delegacia da Polícia Civil,
sob a responsabilidade do Bel. Luiz Xavier de Souza Junior,
AO escrivão ad hoc Emerson Maurício Chaves, ao final assinado.

COMPARECEU o(a) NOTICIANTE...

Nome: JOSÉ EDIVAN DE ASSIS , conhecido(a) como "MÔ";
Documento: RG Nº 2182964 SSP PB ;
Brasileiro(a), natural de Cabaceiras-PB, com 42 anos de idade, nascido(a) aos 15/02/1976;
Filho(a) de Maria José de Assis e de pai ignorado;
Cútis parda, profissão negociante, Escolaridade alfabetizado, Religião Católica, Convivente; Outras observações: Fone 83 98841-2077
Endereço: Rua José Genuíno das Neves s/n, Pátio, São Domingos do Cariri/PB

E NOTICIOU QUE...

No último dia 10/09/2018, por volta das 10:30hs da manhã, retornava da feira de Sumé/PB para sua cidade São Domingos do Cariri/PB, pela PB 214, sentido Congo/PB, quando o motorista do veículo onde estava perdeu o controle do mesmo e capotou; Que, o acidente resultou em várias pessoas feridas entre as quais o declarante e também uma pessoa morta; Que, o declarante teve sérios ferimentos na face, com afundamento de partes do rosto; Que, o veículo onde estava e o qual provocou o acidente foi o MERCEDES BENZ/709, CAR/CAMINHÃO/C ABERTA/CARGA, ANO 1994, COR VERMELHA, PLACA JLB-3568-PE, ALUGUEL, CHASSI Nº 9BM688102RB026406, REGULARMENTE LICENCIADO EM NOME DE JOSÉ FRANCISCO DA SILVA FILHO; Que, hora registra esse boletim de ocorrência para conhecimento da autoridade policial e para efeito de seguro. **E NADA MAIS DISSE.**

O conteúdo narrado neste documento é de inteira responsabilidade do noticiante, o qual está ciente de que se submete aos preceitos do Código Penal Brasileiro.

Este NÃO É documento de identificação e tem validade sugerida de no máximo 30 dias para obtenção de nova via de documentos. Antes de assinar, leia com atenção e peça as devidas correções; Não serão permitidas alterações neste documento depois de emitido.

• Yogi Edvan de Assis
Notificante

[Handwritten signature]
Assinatura do(a) _____
Escritório do ato

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 NOV. 2018
PROTÓCOLO
ACOORDÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

083.712.757-22 JOSE EDIVAN DE ASSIS

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

Nome completo:

JOSE EDIVAN DE ASSIS

CPF:

083.712.757-22

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

VILA SAS DOMINGOS

Número:

896

Complemento:

essa

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO DOMINGOS DO ANARI

Estado:

PB

CEP:

58485-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 38143-8421

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Assinatura digital do
vítima/beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, CAMPINA GRANDE, 21/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Yosé Edivan de Assis
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

3º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

Assinatura _____

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

083.712.757-22 JOSE EDIVAN DE ASSIS

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

Nome completo:

JOSE EDIVAN DE ASSIS

CPF:

083.712.757-22

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

VILA SAS DOMINGOS

Número:

896

Complemento:

essa

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SAO DOMINGOS DO ANARI

Estado:

PB

CEP:

58485-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 38143-8421

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Assinatura digital do
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

Local e Data, CAMPINA GRANDE, 21/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Yosé Edivan de Assis
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

3º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

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

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



SUS
Sistema Único de Saúde
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA
CÓDIGO DO CNES : 2336812
ENDERECO: RUA EPAMINONDAS DE AZEVEDO - S/N
MUNICIPIO: MONTEIRO

UF: PB

ESTADO: PARAÍBA

José Augusto Leal

do Panamericano

Sexo: Masculino

DOCUMENTO: 241254

PROFISSAO: Agricultor

ENDERECO: Rua São Domingos

MUNICÍPIO: São Domingos do Sul

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2501394

DATA DO NASCIMENTO: 10/09/1968

RACA / COR:

[] 1 - BRANCA

[] 2 - PINTA

[] 3 - PARDAS

[] 4 - AMARELA

[] 5 - INDÍGENA

[] 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de acidente de carro, com traumatismo craniano e de face. com desníveis contínuos em couro cabelludo, ressecos profundo e deglacia nasal.

RESULTADOS:

PA: 60 x 80 mmHg SPO₂: 95%
PDP: 650 mmHg OS: 45%.

1. S. R. MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
1. Difícilmente - 26 + AD EV (Feito) OK
3. Nunca - 00 + AD EV (Feito) OK
4. Tamanha 16 Dade - 00 + AD EV (Feito) OK

CREATEIS DO ATENDIMENTO

MTQ 6 07:40.

SISTEMA DE TRABALHO DA EMPRESA.

ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.

ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.

OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE ENCONTREAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - Descrição

titatil - Vaca 743 EV (Feito) OK 20:30

Decadose - J. J. 43 EV. 13:20

Cetaprotoss - 200 13 EV 13:20

e conti. Diazepanicos 1g EV 6/6 16:20

CID-10 C220

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA | OBSERVAÇÃO | INTERNACÃO | OUTRO HOSPITAL | OUTROS

CID-10 C220

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

APENAS MEDICAMENTOS

Motilium

ASS. DOS PROFISSIONAIS (S) ASSISTENTE(S) - carimbo

DR. ROBERTO LUIZ DE CARVALHO CRM 663 - CPFR 31174730

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSAVEL

OU PEGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

1862346427

MF

11/09/18

07:10

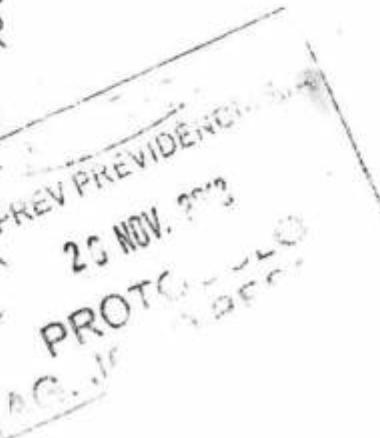
Pouente realizada por Dr. Faraci
ox 04:23 da manhã, onde o mesmo
nos prececeia, nos orienta de forma
certa de evitar excessos complicadores
como T.C. e não só parar o paciente na
barra mas sim fazer seu estabele-
cer que é difícil retomar os níveis
não só de origem. Assim também o
exercício foi recomendado para componentes

Respiratória
Cardiovascular
Endovenosa

de alongo sobre sent.

U.S.L. Lelai
Centro de Medicina Preventiva e Adultério

Josué R. Cavalcante Jr.
Cirurgião DENTAL - 3164



Vinte e cinco de outubro
apresentado ao Dr. Faraci
(Capotellatto), paciente do
gabinete de Dr. Faraci
estava com dor de
mágoa + fadiga constante.
O paciente referiu-se
de fedor forte em
ambas as mãos.



GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE MONTEIRO
HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA



FOLHA DE SINAIS VITAIS (HOSPITAL)

NOME: José de Anís ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PROTÓCOLO
C/AO PESSOA

20 NOV. 2018

SUCESSIVE PREVIDÊNCIA S/A

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura:

JOSÉ EDIVAM DE ASSIS
José Edivam de Assis

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 07/06/97

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Nº de Inscrição: 083712757-22

Data do Nascimento: 15/02/76



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.182.964 -2 VIA-EXPEDICAO 20/03/2012

NAME: JOSÉ EDIVAM DE ASSIS

FILIAÇÃO: MARIA JOSÉ DE ASSIS

NATURALIDADE: CABACEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO: 15/02/1976

DOC ORIGEM: NASC.N.122 ETS.182 LIV.A-01

CARTÓRIO SÃO DOMINGOS-PB

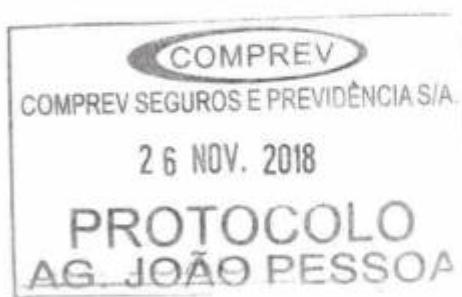
CPC: 083.712.757-22

Juiz Pernamb. PB

ASSINATURA: *José Edivam de Assis*

LEI Nº 9.608 DE 29 DE JULHO DE 1998





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

NOME: JOSÉ EDIVAM DE ASSIS

Nacionalidade: brasileira Est. Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 2.182.964. 2^a via, SSDS – PB e CPF: 083.712.757-22

Endereço: Sítio São Domingos, São Domingos do Cariri – PB, CEP 58 485 000



PROCURADOR:

NOME: José Erivan Fernandes Medeiros

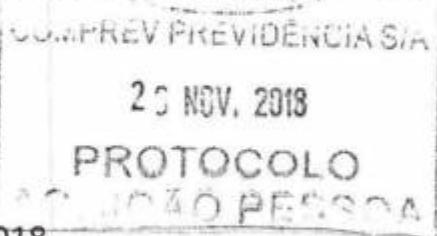
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Divorciado

Profissão: Corretor

Identidade: 1381455 SSP – RN e CPF: 026 864 664 30

Endereço: Rua Henrique Dias, 370, Conceição, Campina Grande – PB, CEP 58 401 236

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora LIDER (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo, para tanto, requerer o que for necessário, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito permitido para o perfeito cumprimento deste mandato da beneficiária.



Campina Grande 31 de outubro de 2018

JOSÉ EDIVAM DE ASSIS
José Edivam de Assis
Beneficiário



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427275/18

Número do Sinistro: 3180555844

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Data do acidente: 10/09/2018

CPF: 083.712.757-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDIVAM DE ASSIS : 083.712.757-22

Autorização de pagamento

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/12/2018

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 026.864.664-30

CPF: 105.999.304-03

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427275/18

Vítima: JOSE EDIVAM DE ASSIS

CPF: 083.712.757-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE EDIVAM DE ASSIS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS : 026.864.664-30

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

JOSE EDIVAM DE ASSIS : 083.712.757-22

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 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: 26/11/2018
Nome: JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS
CPF: 026.864.664-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE ERIVAN FERNANDES DE MEDEIROS

MARCELA DO CARMO DE LIMA