

---

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** RITA MATOS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180434261

**Vitima:** RITA MATOS DA SILVA

**Data do Acidente:** 25/10/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434261**.

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, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RITA MATOS DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180434261**  
Vitima: **RITA MATOS DA SILVA**  
Data do Acidente: **25/10/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



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, 01 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180434261**

**Vítima: RITA MATOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/10/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RITA MATOS DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 011/2018**

Aos **07 de março de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel.**DÉCIO DE SOUZA FILHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE S AZEVEDO**, ao final assinado, ai, por volta das **09:55** horas, compareceu **RITA MATOS DA SILVA**, conhecido(a) por **RITA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **41 anos de idade**, nascido(a) aos **10/01/1977** em **ARACI – BA**, filho(a) de **JOSÉ DA SILVA** e **AUREA DOS SANTOS MATOS**, portador(a) de Cédula de Identidade N° **36.315.990-3**, expedido pela **SSP/SP** e C.P.F. de N° **321.944.088-60**, residindo no seguinte endereço **RUA SEVERINO INOCENCIO DE SOUZA, 636**, bairro **DAS GRAÇAS**, cidade de **CUITÉ – PB**, telefone: ( ) , celular: (83) **9.96258278**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE na data 25.10.2015, por volta das 15:00 horas, a noticiante caminhava na Rua Severino Inocencio, Bairro das Graças, Cuité/PB, quando ia atravessar a rua tomou um susto de um cachorro e não viu um carro GOL BRANCO que se aproximava, em baixa velocidade, e foi atropelada pelo mesmo, o qual estava sendo dirigido pelo Sr.º Francisco de Assis dos Santos, o qual prestou socorro e toda a assistência à noticiante; QUE, o Sr.º Francisco, também conhecido popularmente como "Neguinho", é portador da CNH 03393102670 DETRAN RN, e reside na cidade de Jaçanã/RN e estava no seguinte veículo: VW/GOL MI, COR BRANCA, ANO/MODELO 1997/1997, PLACA MXX 4168/RN, CHASSI 9BWZZZ377VT086814, CÓDIGO RENAVAM 00176941118, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS; QUE, a noticiante, com o impacto do veículo, caiu ao chão e foi socorrida pelo próprio motorista, o qual o levou para o Hospital de Cuité, de onde foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB e foi o próprio motorista FRANCISCO que a levou até Campina Grande/PB, onde foi diagnosticado que a noticiante sofreu uma Fratura Bilateral dos Punhos, conforme laudos apresentados no ato desta Ocorrência; QUE, a noticiante foi submetida a uma cirurgia nos dois punhos e passou três anos sem poder realizar suas funções profissionais e desde então não consegue realizar suas atividades como dantes. . **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

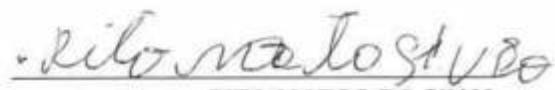
1 – Nome: FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS, R.G. n.º 2143275 SSP/PB, C.P.F. n.º 014.318.124-63.

Endereço: RUA MARIA JUSTINA 271 CENTRO JAÇANÃ/RN.

2 – Nome: DAMIANA CÍCERA DA SILVA LIMA, R.G. n.º 496.837 2º VIA SSP/PB, C.P.F. n.º 207.583.674-49.

Endereço: RUA NAPOLEÃO LAUREANO 157 CENTRO CUITÉ/PB.

Nova Floresta/PB, 16 de abril de 2018.



**RITA MATOS DA SILVA**  
Noticiante



**LEANDRO R DE S. AZEVEDO**  
Escrivão de Policia

18 SET. 2018

PROTÓCOLO  
AC. JUÍZO PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal"):

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima  
Rita Mota da Silva

CPF da Vítima  
321.944.088-60

Data do Acidente  
25.10.2015

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fluvi-IB, 23 de MARÇO de 2018  
Local e Data

## Local e Data

rito no to sia

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RITA MATOS DA SILVA  
RUA SEVERINO FOCÊNCIO DE SOUZA, 519 - DAS ORACAS  
CUIABÁ - MT CEP: 68170-000 (AG. 80)

Emissão: 29/02/2018 Referência Mar/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1200, Kit 26 - Cristo Rei, Jardim Passaré, PB - CEP 58071-060  
Roteiro: 17 - 105 - 105 - 4235 Nf impressa: 000087557413 CNPJ: 08.183.103/0001-40 Ins. Elet.: 16.015.323-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica RCD004-228-434  
Cód. para Débito Automático: 06017700893

106

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	28/03/2018	27/04/2018	32194408860 Isca Faz

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1770089-9

Canal de contato

- Fúto de energia é a maior responsável. Pode provocar acidentes graves, além de ferir cães e dar cães. É ainda prejudicial quando não faz, ou faz preguiçosa a queimação do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
  - Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmítor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/03/18	163	28/03/18	232	
<b>Demonstrativo</b>				
001 Débitos	Quantidade Total:	Vale Base(Cal)	Aloc.	Izma(R\$) Base(Cal) Ptar(R\$) Cofim(R\$)
	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Ptar/Cofim(R\$) (0,6777)(0,1214%)		
0001 Consumo em kWh	69.000 0,894840	47,93	47,93 25	11,58 47,83 0,32 1,49
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA	4,08	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCP, Cenário de Custo de capital fixo - TOTAL 52,01 47,93 11,90 47,93 0,32 1,49

**Média últimos meses (kWh)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

### Histórico de Consumo (kWh)

0 10 17 18 19 18 10 19 10 12 164 195

Mar17 Apr17 May17 Jun17 Jul17 Aug17 Sep17 Oct17 Nov17 Dec17 Jan18 Fevr18

532-600-2-h32b-h531-f21c-2h44-60d6-hh18

2532.9082.870B.0591.681C.2244.0800.0019.

Journal of Clinical Anesthesia 2000; 12:391-396 © 2000 by Lippincott Williams & Wilkins

## Indicadores de Qualidade

**Limites de Segurança** **Limite de Tensão**

**da ANEEL** Apurado (V) Sennaré-De-Dist. via Entroncamento 13.07 207  
Cronica da Enseada 15.45 207

CH. MENSAL 1.550,00 ALTAIR 1.550,00 S. 2.200,00 Companhia de Transportes

Indicadores de Qualidade

	<b>Limites da ANEEL</b>	<b>Apurado</b>	<b>Limite de Tensão (V)</b>
DIG MENSAL	5,95	0,60	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	11,10		
DIG ANUAL	22,21		
FIC MENSAL	3,26	0,20	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	6,77		LIMITEINFERIOR 202
FIC ANUAL	17,48		LIMITESUPERIOR 231
DMC	3,20	0,64	
DSI	12,44		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	13.07	25,17
Companhia de Energia	15.45	29,71
Serviço de Transporte	2.00	3,85
Entrega Sistólica	3.82	6,95
Impostos Distritais e Estaduais	17.57	34,36
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>R\$ 62,01</b>	<b>100,00</b>

Valor em R\$ (Ref. 1/2013) R\$ 19,96

Wavorito Elviro (Ref. 1172016) P.6 t9,96

## ATENÇÃO

- Letura confirmada

## Faturas em atraso

FARAIABA

**VENCIMENTO**  
05/04/2018

83600000000-7 52010054000-1 17700892018-9 03300105019-5



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 faixa 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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JÚLIA MATOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 321 944 088 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura JUNAÚBA da Vítima JÚLIA MATOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 321 944 088 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

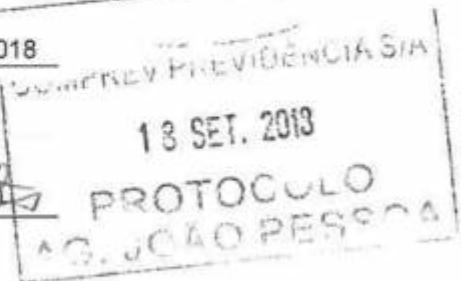
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picuí	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490	

Picuí/PB , 13 de SETEMBRO de 2018  
Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de Assis dos Santos, RG nº 2143275, data de expedição 1/1,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 014.318.124-63, com  
domicílio na cidade de Tacoma, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Maria Justino, nº 271,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Rita Mota da Silve, cujo o condutor era  
a mesma.

Veículo: VW / GOL

Modelo: GDL M T

Ano: 1991

Placa: MXX 4168 IRN

Chassi: 9BWIZZ377V+086814

Data do Acidente: 25/10/2015

Local e Data: JAGUARIÚNA, 19/04/18

Francisco de Assis dos Santos,

**Assinatura do Declarante**

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





## Ficha de Acolhimento

Nome: Rita Matos da Silva.

End: R. Tomás Campos, 293

Bairro: I. João Pereira.

Data de Nascimento: 30/08/1977.

Documento de Identificação: Cédula - PB.

Queixa: Fratura

Data do Atend:

Hora: 23:29 Documento:

Bilatéral dos punhos.

## Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto:  Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas:  Normocerada ( ) PálidaDeambulação:  Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

## Estratificação

MOD. 110

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*ortopedia*  
 Dr. José Vitor R. Costa  
 ORTOPEDIA  
 CRMOB 101000-00000  
 CRM/PB 101000

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

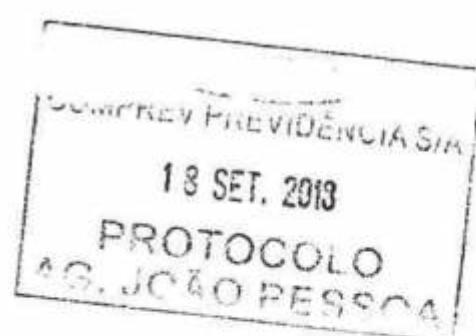
PACIENTE: RITA MATOS DA SILVA

DATA DO EXAME: 25.10.2015

RADIOGRAFIA DE PUNHOS

- Fratura bilateral do rádio distal e unilateral do processo estiloide da ulna sem desvios importantes.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

7





### Hospital e Maternidade Municipal de Cuité

Rua 15 de Novembro, nº. 160- Centro - 58175-000

Telefone: (83) 3372-2766 / 3372-2240

Email: [hospitalecuité@hotmail.com](mailto:hospitalecuité@hotmail.com)

#### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

• AO HOSPITAL:	<u>Enfermarias e Túnel de C-C</u>
• DATA:	<u>25/10/15</u>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
• PACIENTE:	<u>Pribe motes de Selva</u>
• IDADE:	_____
<b>FILIAÇÃO</b>	
• PAI:	_____
• MÃE:	_____
• ENDEREÇO:	_____

#### MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Fratura Bilefratil das

Pernas

18 SET. 2013

PROTÓCOLO

ENCARTE PROTOCOLO

281015

*Profissional Responsável*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

321.944.088-60

RITA MATOS DA SILVA

10/01/1977



13 SET. 2010	PROTÓCOLO	A.G. J.C. 40 PESOA
--------------	-----------	--------------------

REGISTRO GERAL	36
NOME	RITA
FILIAÇÃO	JOS
E AUR	
NATURALIDADE	ARACI
DOC. ORIGEM	44
CPF	01



SUMMARE PREVISÃO SIA  
18 SET. 2013  
PROTÓCOLO  
A. JCAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN 9279/0093 N° 011881747888

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00176941116	000-0000000	2015

NOME

FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

CPF / CNPJ	PLACA
014.318.124-63	MIX4168

PLACA ANT / UF	CHASSI
RN7858 / RN	98M22377V1086814

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/AUTÔNOMO/NÃO APPLICÁVEL	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
VW/GOL NI	1997	1997

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
4P/62CV	PARTICULAR	BRANCA

I	P	V	A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
				R\$ 0,00	27/04/2015	1º ISENTO
				FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	2º ISENTO
				115757 3X	R\$ *****	3º ISENTO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES

MOTOR: AP3000469



DATA

27/04/2015

JACANA/RN

Cooperativa dos Servidores do Detran  
DETAN/RN  
SPEDICOR

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

RN N° 011881747888 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 27/04/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 014.318.124-63 MXX4168

RENAVAM MARCA / MODELO  
00176941118 VW/GOL NI

ANO FAB. QUITAR NP CHASSI  
1997 1 98M22377V1086814

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\* \*\*\* \*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TÓTAL A SER PAGO PELO SEGUARDO (R\$)  
\*\*\* \*\*\* \*\*\*

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.006/0001-04

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

04/2014

DOCUMENTO FIM VIGÊNCIA SIM

13 SET. 2013

PROTÓCOLO

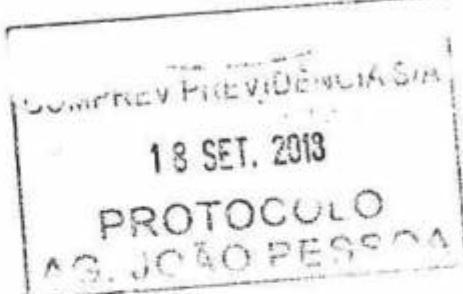
L.G. JOSÉ PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**PARTIDA/NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

<b>NOME:</b> <b>FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS</b>		
DOC. IDENTIDADE / CEG. EMISSOR IF <b>2143275</b> <b>SSP</b> <b>PB</b>		
CPF: <b>014.318.124-63</b> DATA Nascimento: <b>20/09/1975</b>		
<b>Função:</b>  <b>ESTELITA FERNANDES DOS SANTOS</b>		
<b>PERMISSÃO:</b> <b>ACD</b> <b>CARNA:</b> <b>AD</b>		
<b>1º Registro:</b> <b>03393102670</b>	<b>VALIDADE:</b> <b>14/07/2018</b>	<b>1º HABILITAÇÃO:</b> <b>29/09/2004</b>
<b>Observações:</b>  <i>Proprietário da aula de sambas</i> <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>		
<b>LOCAL:</b> <b>NATAL, RN</b>		<b>DATA HABMÁO:</b> <b>15/07/2013</b>
<i>Assinatura do portador</i> <b>14561175389</b> <b>RN701775682</b>		
<b>EDUARDA (RIO GRANDE DO NORTE)</b>		

PÁGINA DE PLASTIFICAR  
**748798198**

PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



## DECLARAÇÃO

Eu, Damiana cícera da S. Lima, venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2016, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Mota da Silva levando-o(a) ao Hospital de Cuité para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vítima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julguem necessários.

N.º fl. 00014 RECONHECIDA 23 de Abril de 2018.

Atenciosamente,

Damiana Cícera da Silva Lima  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL  
Rua Pref. Félix Florentino, 60  
Centro - Tel: (83) 3374-1414  
NOVA FLORESTA-PB

Reconheço a(s), fíma(s) e letra(s) por autenticidade  
de Damiana Cícera da Silva Lima.

Dou fé. Test\* ( Eliana ) da verdade.  
Nova Floresta-PB 23 / abril / 2018.

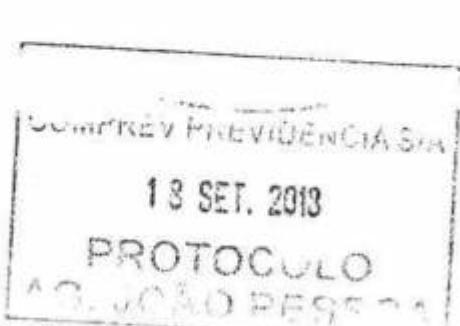
Eliana C. da Silva Costa Oliveira

P/ Eliana Clementino Pereira  
Escrevente Substituta

AGT45193 - I8QK

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Serviço Not. e Registro Civil  
Eliana Clementino Pereira  
Escrivã Substituta  
Nova Floresta Comarca de Cuité PB



## DECLARAÇÃO

Eu, Francisco de A. dos Santos, Venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2018, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Matos da Silva levando-o(a) ao Hospital de cuité para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vítima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

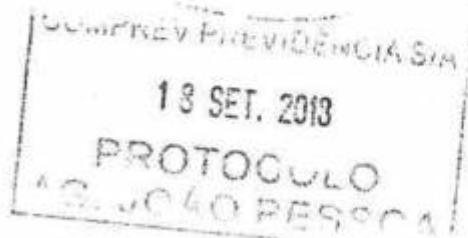
Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julguem necessários.

JACANÁ-RN, 18 de Abril de 2018.

Atenciosamente,

Francisco de Assis dos Santos

ASSINATURA DA TESTEMUNHA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434261      **Cidade:** Picuí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RITA MATOS DA SILVA      **Data do acidente:** 25/10/2015      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 02/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.  
FRATURA DO PROCESSO ESTILOÍDE DA ULNA SEM LATERALIDADE DEFINIDA.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO; EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Rita Matos da Silva,  
brasileiro(a), peltivo, agricultor,  
portador(a) do RG nº. 36.315.990-3 expedido por SSP/ISP em  
28/08/1998 e do CPF nº. 321.944.088-60, residente na (o)  
Rua Severino Inocencio de Souza,  
município de Cuite - PB, CEP 58.175-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

**Poderes:** Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

RECONHECIMENTO

Picui - PB, 23 de Abril de 2018.

Nilo Matos da Silva  
outorgante

Reconheço a(s) f. (as) e letra(s) por autenticidade  
de: Rita Matos da Silva.

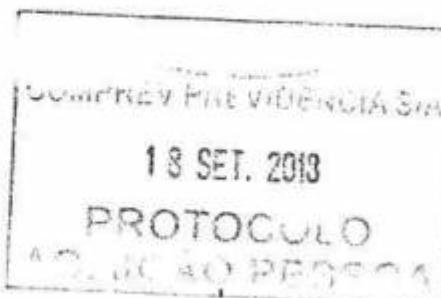
Dou fé. Teste (Assinatura) da verdade.  
Nova Floresta-PB, 23, abril, 2018.

Eliana Clementino Pereira  
Escrivente Substituta

AGT45192 - R1VG

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Serviço Not. e Registro Civil  
Eliana Clementino Pereira  
Escrivente Substituta  
Nova Floresta Comarca de Cuite PB



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341907/18

**Vítima:** RITA MATOS DA SILVA

**CPF:** 321.944.088-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/10/2015

**Titular do CPF:** RITA MATOS DA SILVA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

### RITA MATOS DA SILVA : 321.944.088-60

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: 18/09/2018  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RENATO LUNA DIAS