

---

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094476**

**Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA**

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

---

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094476**

**Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094476

Vítima: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIENE GALDINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008210

Conta: 0000049412-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Telefone:

E-mail:

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

RENDAMENTO:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8210

CONTA: 99412

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 9

CONTA: 9

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 9

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo

Data do óbito da vítima:

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Gravidez da vítima: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Vítima teve filhos? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou filhos, informar quantos: ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não

responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina a RGGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1ª Nome:

CPF:

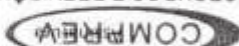
CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de seu preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROTÓCOLO

MR. JOÃO PESSOA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00719.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00719.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:48 horas do dia 21 de janeiro de 2019, 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 Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Luciene Galdino da Silva**, CPF nº 031.475.064-95, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Operadora de Máquina, filho(a) de Severina Galdino da Silva e Serevino Galdino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/12/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Patrício dos Santos, Nº 204, complemento CASA, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Proximo Antigo Ponto do Pão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98627-5864.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Proximo Br., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

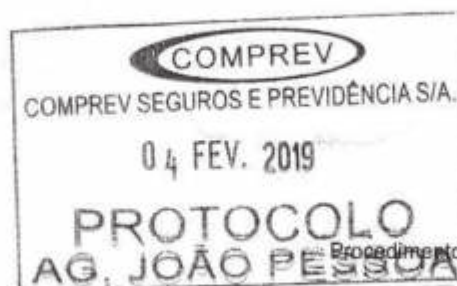
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 27/09/2017 as 06h30min, foi vítima de queda de moto na perimetral sul, distrito industrial, bairro Gramame, foi socorrida para o hospital governador Tarcísio Butty localizado no bairro de mangabeira, nesta capital /pb, lá chegando as 07h55min, foi submetida a exames de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Que no dia 05/10/2017 foi realizada cirurgia e teve alta no dia 06/10/2017. Que; o acidente ocorreu quando estava saindo do seu trabalho na empresa norfil, e pegou uma carona com um colega, de nome Luis Carlos da Silva, o qual estava com a moto YAMAHA/XTZ 125K, ANO/MOD 2010, CHASSI. 9CKE1260A0014893, de cor preta, de placa NQC8627/pb, e ao chegar na perimetral sul o mesmo sobrou na curva, ambos caíram ao chão, e seu pé direito ficou preso na roda traseira, causando fratura no seu tornozelo direito, que na cirurgia foi colocado placa e pino.

**ADENDO(S):**

Que na data 21/01/2019, à(s) 09:30 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O PROPRIETARIO DA CITADA MOTO E FABIANO TRAJANO PEREIRA, CPF.010.358.074-32, A QUAL ESTAR REGISTRADA EM SEU NOME NO DETRAN/PB O MESMO RESIDENTE NA RUA CORONEL LIRA, Nº 273, CENTRO/ BAYEUX/PB.. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 21 de janeiro de 2019.

*Luciene Galdino da Silva*  
LUCIENE GALDINO DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00719.01.2019.1.00.401



2200

COMPLEY SEGUROS E FIDUCIARIA S/A.  
 01 de Maio de 2015  
 O teor do contrato encontra-se preenchido. A SEU RGO,  
 DE RESIDÊNCIA DE TÓOOS.  
 PROTOCOLO  
 MR. JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 64358 Atd: Nao Regula  
Data: 27/09/2017  
Hora: 07:55:33  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LUCIENE GALDINO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.09.003894

CNS: 206112004780003 Sexo: F IDENTIDADE: 2006403 Fone: 986140457

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/12/1977 Id: 39 ano(s)

End.: RUA MANOEL PATRICIO DOS SANTOS (LOT C SUL), 00

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SEVERINA GALDINO DA SILVA

Pai: SEVERINO GALDINO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: ESPOSO GELSON RAMOS PONTES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: RUA

Transporte utilizado: PACIENTE VEIO DE CARRO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM GRAMAME PROX

Vitima de violência por: DO CAMINHO DA BR HJ AS 6/30 PASSAGEIRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

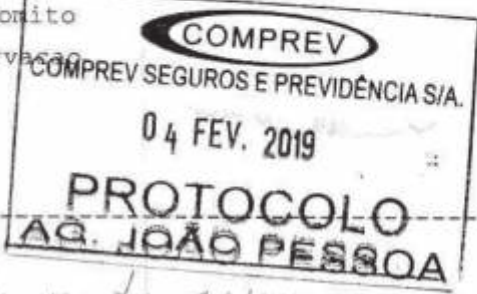
PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observação

Queixa Principal

NA NP TORAX E NO TORNOZELO D APOS QUEDA DE MOTO, NEGA DESMAIO E VOMITO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

- Paciente com historia de acidente de moto, referindo dor na  
abd e dor no tornozelo. Chg. 9/15, sem trauma e sem  
trauma. Ag. de dor, sem trauma e sem trauma.

Diagnostico

Conduta Analise

Prescrição

- Dipirona 1mg + AA } - gar.  
Tiludil 1mg + AA }

feito na  
prescrição  
rec. ligia

Asson Cordeiro Moraes  
Médico  
CRE 10942



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

04 FEV. 2019

PROCEDIMENTO REALIZADO

PROTOCOLO  
DR. JOAO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUCIENE GALDINO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08210

CONTA: 000000049412-9

---

Autenticação:

1F8B3B0115221F06549B4CA4AC0926BA4292C89CC83EF24F11F36BD7129E8C71



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 - SALA 08 - MANABEIRA  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58058384 (AQ 1)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classe/Subclasse: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 Nº medidor: 05008987525

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R/239, km 25 - Distrito Reitor João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.046.189/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 018.924.751  
Cód. para Débito Automático: 00016983587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Jan / 2019 21/01/2019 19/02/2019 010.942.224-46  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/12/18	Leitura 3516	Data 21/01/19	Leitura 3736	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc. Aq. Icms(R\$) Base Calc. Fio(R\$) Cessão(R\$)
Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS ParCessão(R\$) (1,0845%)(4,0000%)				
0801	Consumo em kWh	222,000	0,928818	184,17 25 46,04 184,17 1,89 8,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	17,05	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 195,22 184,17 46,04 184,17 1,89 8,20

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
151 28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)  
44 | 20 | 4 | 160 | 221 | 223 | 187 | 200 | 182 | 234 | 220 | 222  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

85f1 69f1 dd42 d3c2 aaed 644b 9cc1 f932

Indicadores de Qualidade 15/2018 - Manabeira

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,18	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,38	
DIC ANUAL	20,77	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,23	
FIC TRIMESTRAL	8,47	LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	12,95	
OMC	2,94	
DICR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	46,04	23,58
Compra de Energia	84,34	42,91
Serviço de Trazimento	7,51	3,85
Encargos Setoriais	10,85	5,56
Impostos Diretos e Encargos	59,20	30,28
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor em USD (Ref. 11/2018) R\$ 66,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

PARABÁ  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450  
Matrícula: 1698358-2019-01-3

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
28/01/2019 R\$ 195,22

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 de respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização com 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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 04650275474 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucime Galvão da Silva (a) no CPF sob o Nº 031475064195 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da VI Lucime Galvão da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 031475064195 conso 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	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número	<u>157</u>	Complemento	
Bairro	<u>Marabá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)		
						<u>58056384</u>

João Pessoa de fevereiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fabiano Trajano Pereira,  
RG nº 2860327, data de expedição 1/1/,  
Órgão SS. PB, portador do CPF nº 010.558.074-32, com  
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de  
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Caramel Zira, nº 273,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Luciene Caldeira da Silva, cujo o condutor era

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Yamaha XTZ 125 K  
Ano: 2010  
Placa: NOC 8627  
Chassi: 9CKE1260A0014893  
Data do Acidente: 27/09/17  
Local e Data: 5005 Pimenta 17/09/2019

Fabiano Trajano Pereira  
Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1141 - Centro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58104-000 - Tel.: (31) 3244-5481 - Fax: (31) 3244-5482

Reconheço por Autenticidade a assinatura de  
FABIANO TRAJANO PEREIRA

a qual confere com o padrão registrado nessa servente, dou fé.

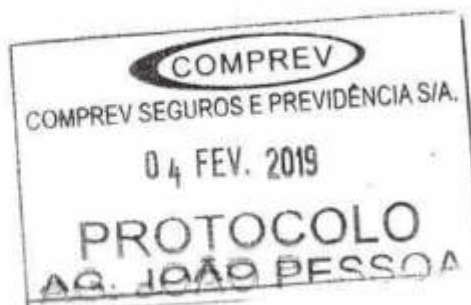
João Pessoa, dezessete de Janeiro de dois mil e dezenove

Em Teste de verdade.

Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente Público - L. Total: 12,7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AIB18736-HWU!

Confira os dados do selo em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Robiano Azevedo Pereira,  
 RG nº 2860327, data de expedição 1/1,  
 Órgão SS. PB, portador do CPF nº 010.558.074.30, com  
 domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Coralina Lima, nº 273,  
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Luciene Galdeano da Silva, cujo o condutor era

Luciene Galdeano da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Yamaha 91 XTZ 125 K

Ano: 2010

Placa: TVB 8627

Chassi: 9CK E32 60 A001 4893

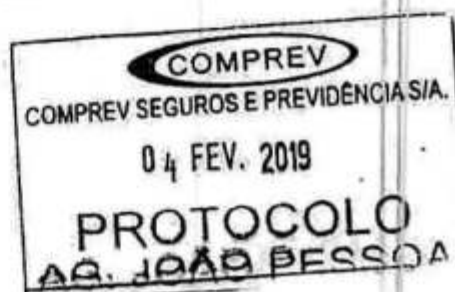
Data do Acidente: 27/03/17

Local e Data: rua coralina 27/03/2019.

x Robiano Azevedo Pereira  
 Assinatura do Declarante

Luciene Galdeano da Silva

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-005

*João Pessoa*

*Luciene Galdino da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.006.403 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2011

NOME LUCIENE GALDINO DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO GALDINO DA SILVA  
SEVERINA GALDINO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/12/1977

DCC ORIGEM NASC.N.11210 FL9.144 LIV.A12  
CARTÓRIO JOÃO PESSOA PB

031.475.064-95

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/05/03

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR DE  
2627718 ESP PB

CPF  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

FUNÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO  
ACB CATANIA  
D

Nº REGISTRO  
01851269660

VIGÊNCIA  
14/01/2019

1ª EMISSÃO  
29/06/2001

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

OBSERVAÇÕES

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
17/01/2014

*Rodrigo Carneiro*  
ASSINATURA DO EMISOR

66588356744  
18027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
04 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094476 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIENE GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM MALÉOLO LATERAL DIREITO. P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P3  
ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Luciene Galvão da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteira, profissão  
Operador de Xaquinã, CI RG nº 2.006.403,  
CPF/MF nº 031.475.064-95, residente e domiciliado(a) à Rua  
Manoel Patrício dos Santos, 204 Gramame,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58069-485, telefone  
(83) 99105.5363, 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

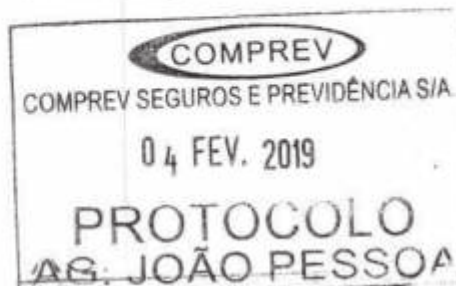
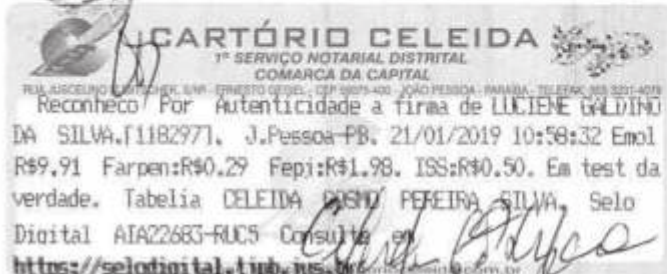
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO  
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações  
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar  
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias  
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de  
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 21 de Janeiro de 2019.

1º OFÍCIO  
DISTRITAL

Luciene Galvão da Silva

OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040641/19

**Número do Sinistro:** 3190094476

**Vítima:** LUCIENE GALDINO DA SILVA

**CPF:** 031.475.064-95

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCIENE GALDINO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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: 07/03/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040641/19

**Vítima:** LUCIENE GALDINO DA SILVA

**CPF:** 031.475.064-95

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2017

**Titular do CPF:** LUCIENE GALDINO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### LUCIENE GALDINO DA SILVA : 031.475.064-95

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: 04/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA