



Número: **0800029-80.2019.8.15.0091**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Taperoá**

Última distribuição : **29/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA (AUTOR)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18903 920	29/01/2019 22:59	Petição Inicial	Petição Inicial
18903 922	29/01/2019 22:59	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
18903 923	29/01/2019 22:59	PROCURAÇÃO, DOCS. PESSOAIS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E OUTROS DOCUMENTOS	Procuração
18903 926	29/01/2019 22:59	BO, PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS	Outros Documentos
18903 930	29/01/2019 22:59	REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO E CARTA NEGATIVA DA PROMOVIDA-ilovepdf-compressed-1	Outros Documentos
18903 935	29/01/2019 22:59	CARTA DE NEGATIVA DA PROMOVIDA	Outros Documentos
22868 778	22/07/2019 08:31	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO SUBSTITUTO DA COMARCA DE TAPEROÁ – PB,

“URGENTE”

PROCEDIMENTO SUMÁRIO

JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50
ACIDENTE DE TRANSITO – SEGURO DPVAT

Requerimento Administrativo Incluso
Carta Negativa Inclusa

Principais lesões: Fratura do Fêmur Direito, Fratura do Joelho Direito, Lesões no pulmão (Traqueostomia) e na cabeça (Dores, Torturas e Vômitos)

KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA, brasileira, soleira, estudante portadora do RG sob nº 4683505 e do CPF sob nº 197800327-70, residente e domiciliada na Rua Nossa Senhora da Conceição, s/n, Centro, Taperoá/PB, CEP 58690-000, **email: dlclientestap@gmail.com**, pelo instrumento procuratório em anexo (**DOC. 01**), por intermédio de seus procuradores e advogados “*in fine*” assinados com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, nº 121, Centro, Taperoá–PB, CEP 58680 – 000, **email: marcelodladv@gmail.com**, onde **receberá as eventuais notificações e intimações de estilo**, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelência através **do Procedimento Ordinário e com fulcro na Lei nº 6.194/74**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

pelo **PROCEDIMENTO ORDINÁRIO** em face **da SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob nº **09.248.608/0001-04**, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com sede e domicílio na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 18446





I – DA CONCESSÃO DA JUSTIÇA GRATUITA

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que a promovente não possui condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica realizada na “*procuração ad iudicia et extra*” (DOC.1).

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua:

“Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública”.

É o requerido!

III – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURIDICOS DA DEMANDA

A *causa petendi* que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para **aplicação inequívoca da lei 6.194/74 e seus consectarios legais**, em **DIALOGO DAS FONTES**, com a **Constituição Federal, Processo Civil e o próprio Direito Civil**.

IV – DA CAUSA DE PEDIR REMOTA

A requerente **KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA** portadora do **RG sob nº 4683505** e do **CPF sob nº 197800327-70**, foi vítima de acidente de trânsito **NO DIA 06/11/2016**, sofrendo diversas lesões corporais, principalmente **NA CABEÇA, NOS PÚLMÕES (PRINCIPALMENTE NA TRAQUÉIA), E NA PERNA DIREITA**, mas precisamente **NO FÊMUR DIREITO E JOELHO DIREITO**, tendo passando por procedimento cirúrgico, **conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).**

Assim, Douto julgador, no mencionado dia **06/11/2016** por volta das **7 horas e 30 minutos** a promovente seguia junto com amigos pela **ESTRADA DO PONTAL** para pegar o **BRT. QUANDO UM CARRO OFERECEU CARONA E OS MESMOS ACEITARAM, TENDO SEGUIDO NO SENTIDO DA GROTA FUNDA, NO QUAL SE ENCONTRAVA FECHADA, TENDO QUE REALIZAR O RETORNO, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).**

Nisto, os ocupantes do veículo, incluindo a promovente, adormeceram acordando apenas com a colisão/impacto do veículo no poste, ocasionando LESÕES PREOCUPANTES EM TODOS OS OCUPANTES DO CARRO, sendo socorridos por transeuntes para a Unidade Hospitalar Municipal da Cidade do Rio de Janeiro/RJ, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico (DOC. 3 e 4).

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/RJ 14440





Neste contexto, MM Juiz, a promovente teve após o acidente **FRATURA DO FÊMUR DIREITO, JOELHO DIREITO E LESÕES NA TRAQUÉIA E NA CABEÇA**, sendo socorrido por populares para **O HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO**, **aonde foi realizado PROCEDIMENTO CIRÚRGICO** conforme comprova os prontuário médicos acostados na presente peça (DOC. 4).

Desse sinistro, restaram sequela permanente no Autor, tais como **FRATURA NO FÊMUR DIREITO, JOELHO DIREITO, LESÕES NA CABEÇA E NA TRAQUÉIA, ATROFIA MUSCULAR NA PERNA DIREITA, DORES ARTICULARES NOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NA PERNA DIREITA E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELO JOELHO DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA**.

Ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo **COM TODA A DOCUMENTAÇÃO EXGIDA PELA RÉ NA AGÊNCIA DOS CORREIOS NA CIDADE DE TAPEROÁ/PB, COM TODA A DOCUMENTAÇÃO, conforme carta de abertura do sinistro (DOC.5).**

Passados alguns meses o pedido administrativo foi **NEGADO** pela a ré, conforme carta de negativa do seguro obrigatório DPVAT em anexo (DOC. 6).

Salienta-se que o direito da parte Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório **de DPVAT**. Sendo assim, conforme prevê a Lei nº 6.194/74, em seu art. 3º, II a qual regula o pagamento dessas indenizações, o valor a ser pago no caso de invalidez permanente é o equivalente a **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos)**, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre a colisão e seu estado físico.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada. Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo **KÉCIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA**, culminado **FRATURA NO FÊMUR DIREITO, JOELHO DIREITO, LESÕES NA CABEÇA E NA TRAQUÉIA, ATROFIA MUSCULAR NA PERNA DIREITA, DORES ARTICULARES NOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, REDUÇÃO ARTICULAR NA PERNA DIREITA E COMPROMETIMENTO DAS FUNÇÕES EXERCIDAS PELO JOELHO DIREITO, PODENDO SER DETECTADAS TAIS DEBILIDADES ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA**, destarte, o Requerente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

A promovente clama por **JUSTIÇA!**

V- DA CAUSA DE PEDIR PRÓXIMA

A – DO SEGURO DPVAT

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 18446





O próprio nome do **Seguro DPVAT** é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

Reza Art. 5, da lei 6.194/74:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado. §1º”.

Entende-se por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL** a perda ou redução, em caráter definitivo em decorrência de acidente provocado por veículo.

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários podem requerer a indenização do DPVAT.

Frisa-se que o pagamento independe da apuração de culpados.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez **a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão**. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um **acidente causado por veículo é permanente**, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

Destarte, a invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada **integralmente ou em parte**.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/PB 18446





Nesta esteira, mister ressaltar que o STJ editou a súmula 278, e, estabeleceu como marco inicial a data em que o acidentado tomou conhecimento inequívoco de sua incapacidade para o trabalho. Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

O pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Ademais, conforme estabelece o art. 7º da Lei 6.194/74, a responsabilidade pelo pagamento do seguro obrigatório é de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio nacional do Seguro Obrigatório DPVAT, destarte, a jurisprudência já firmou entendimento neste sentido:

“SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido.” (REsp 401.418/MG; Recurso Especial 2001/0194323-0; Relator ministro Ruy Rosado de Aguiar – Quarta Turma – Data do Julgamento 23.04.2002 – Data da Publicação/Fonte DJ 10.06.2002, p. 220)”

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação supramencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que o acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

II) Da Apresentação Procedimento Administrativo – Sinistro 3180170603

MM Juiz, a autora como já mencionado ingressou com o pedido administrativo com toda a documentação exigida como o Boletim de Ocorrência (BO). Prontuário Médico e outros documentos exigidos para a concessão do seguro DPVAT.

Há que se observar que a promovida tendo a posse dos documentos do promovente e do sinistro NÃO reconheceu o direito do mesmo, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Lider em anexo datado em 17/10/2018 (DOC.2)

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
OAB/RN 8846





Desse modo, requer QUE SEJA INTIMADA A PROMOVER PARA ACOSTAR NO PROCESSO O PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO (Sinistro 3180170603), sob pena de pagamento de multa diária por descumprimento determinada pelo o juízo processante.

É o requerido.

VII - DO PEDIDOS MEDIATOS E IMEDIATOS

1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos 319 e 320 do CPC. Ademais, requer ainda que seja aplicado *in totum* a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT.

2. Dos pedidos mediatos:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, pela privacidade vilipendiada e moral espancada, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente a **concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possui condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50;**

b) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil;

c) Que seja intimada a requerida para juntar aos autos o **PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO (SINISTRO 3180170603)**, contendo toda a documentação do promovente referente ao acidente, objeto desta demanda, sob pena de pagamento de multa diária por descumprimento determinada pelo o juízo processante.

c) A procedência da presente demanda para o fim de condenar **a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais;**

d) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ;

e) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação;

f) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 355, I do Novo Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais;

g) Requer, ainda, perícia e, conseqüentemente, a oportunidade de formular os quesitos periciais médicos e no momento oportuno, por motivo da incapacidade da parte autora.

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Assinado
CAR/PJ 18468





h) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercambio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.

i) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a realização da perícia médica judicial;

j) Por fim, a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao exame pericial por um médico ortopedista no Hospital Alcides Carneiro (HU) na cidade de Campina Grande-PB.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil reais) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Deferimento.

Taperoá – PB, 20 DE JANEIRO DE 2018.

MARCELO DANTAS LOPES
Advogado OAB/PB 18446

Escritório Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira Centro - Fone: (83) 3343-4101(83) 8876-3546 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: (83)88939848.

Dr. Marcelo Dantas Lopes
Advogado
CAR/18.01.2018



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: Mécia Karoline Bastião da Silva, brasileira, estudante, solteira, residente e domiciliada na Rua Nossa Senhora do Carmo, SN, Centro, Taperoá - PB, constituo e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá–PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Ação de Cobrança do Seguro Privat podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 25%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 20 de Janeiro de 2019

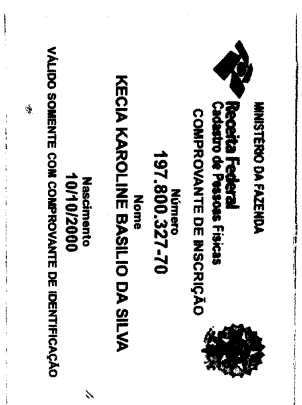
X Mécia Karoline Bastião da Silva
OUTORGANTE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
 197.800.327-70
 Nome
 KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
 Nascimento
 10/10/2000
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

NOME		KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA	
FILIAÇÃO		JUBERTANDO BASILIO DA SILVA	
NATURALIDADE		CAMPINA GRANDE-PB	
DOC ORIGEM		NASC. N. 16585 FLS. 45 LIV. A 17	
CPF		197.800.327-70	
CARTÓRIO		TAPEROA-PB	
DATA DE NASCIMENTO		10/10/2000	
DATA DE EXPEDIÇÃO		07/11/2017	
REGISTRO GERAL			
4.683.505			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

MATRÍCULA:

070698 01 55 2000 1 00017 045 0016585 11

03.337.589/0001
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
"RIBEIRO DE TOLEDO"
Av. Getúlio Vargas, S/N
CENTRO - CEP: 65830-000
TEL: 3463-2451
TAPERÓIA - PB

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

dez de outubro de dois mil

DIA

10

MÊS

10

ANO

2000

HORA DE NASCIMENTO

10:15

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Taperoá-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Instituto de Saúde Elpidio de Almeida- ISEA

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JUERLANDO BASILIO DA SILVA e MARIA APARECIDA DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: MARIA DE FATIMA BASILIO DA SILVA

MATERNOS: MARIA INEZ DA SILVA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinete e um de outubro de dois mil (21/10/2000)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA - NÃO POSSUI

NOME DO OFÍCIO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS-
TAPERÓIA - PARAIBA

OFICIAL REGISTRADOR

Maria das Graças Dias de Toledo Farias

MUNICÍPIO/UF

Taperoá-PB

ENDEREÇO

AV. GETULIO VARGAS, S/N - CENTRO, Taperoá-PB - Fone:
3463-2451

03.337.589/0001-06

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
"RIBEIRO DE TOLEDO"

VÁLIDO EM TODOS OS JUIZADOS DO ESTADO. NÃO ADMITE ALTERAÇÃO OU RASURA. INVALIDA ESTE DOCUMENTO

CENTRO - CEP: 65830-000

TEL: 3463-2451

TAPERÓIA - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Taperoá-PB, 26 de Outubro de 2010

Cláudia Regina Guimarães

Cláudia Regina Guimarães
Escrivente Compromissada

Cláudia Regina Guimarães
Escrivente

65849

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

17 MAI 2019

PB

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder - DPVAT

CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

- ☐ Mudou-se
☐ Desconhecido
☐ Recusado
☐ Ausente
☐ Não procurado
- ☒ Endereço insuficiente
☐ Não existe o nº indicado
☐ Falecido
- Data ____/____/____

Responsável pela informação

- ☐ Morador
☐ Síndico
☐ Porteiro

Entregador

JUERLANDO BASILIO DA SILVA
RUA NOSSA SRA DA CONCEICAO, S/N
CENTRO
CEP 58680-000 - TAPERÓIA - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiiba +
www.seguradoralider.com.br



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESSA
CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL

042a. Delegacia de Polícia

Avenida Teotônio Vilela, s/n, Recreio Dos Bandeirantes, Rio De Janeiro - RJ, CEP: 22795-265, TEL.: 2332-8039

CONFERE COM O ORIGINAL
em 30/05/17

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Nº 042-07936/2016

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25
Origem: Outros Circunscrição: 042a. Delegacia de Polícia
Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97)

Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Capitulação: Artigo 303 da Lei 9503/97

Motivo Presumido: Ignorado

Data e Hora do fato: 06/11/2016 08:00 e 06/11/2016 08:00

Local: Sem tipo ESTRADA DOS BANDEIRANTES, 00 Bairro: VARGEM GRANDE Município: RIO DE JANEIRO-RJ

ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA

Despacho da Autoridade

- 1 - Ouçam-se todos os envolvidos, incluindo eventuais testemunhas;
- 2 - Requisite-se BAM das vítimas. Requisite-se ECD realizando encaminhamento;
- 3 - Colha representação da vítima, caso manifeste esta intenção;
- 4 - Junte-se BRAT;
- 5 - Verifique:

- 5.1 - Se todos os motoristas possuem CNH;
- 5.2 - Se algum deles conduzia veículo de transporte de passageiros, no exercício de sua profissão ou atividade;
- 5.3 - Se algum deles deixou de prestar socorro, podendo fazê-lo;
- 5.4 - Se alguém dirigia sob influência de álcool ou outra substância psicoativa;
- 5.5 - Se participavam de corrida, "racha" ou coisa do gênero, em via pública, e sem autorização por quem detenha atribuição;
- 5.6 - Se transitavam em velocidade superior à máxima permitida para a via em 50Km/h.

URIEL ALCANTARA MACHADO NUNES

Id Funcional: 50231480

Envolvido(s)

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: CB DANIEL - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 82567 PMERJ

Lotação: 31 bpm

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA - Civil ID não confirmada

Naturalidade: SEM MUNICÍPIO-XX Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Ignorado Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LEANDRO COSTA - Civil ID não confirmada

- Representante

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

1 de 4
www.policiacivil.rj.gov.br
Código de acesso: 6F87D



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 1

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Lei 9.099/95

Nº 042-07936/2016

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Identidade Nº 00000000000 IFP

Residente na Sem tipo FRANKLIN DE CARVALHO 163 Bairro: PEDRA DE GUARATIBA Município: RIO DE JANEIRO RJ CEP: 23026250 Telefone/Celular Nº: 21965076391 e-mail: leandro_costa@gmail.com Obs.: contato HELLEN

Filho de: N/D e ELIANE CRISTINA DA COSTA Data de nascimento: 01/01/1996 Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Negra Estado Civil: Solteiro(a) Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652128)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Branca

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652136)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652134)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Bem(ns) Envolvido(s)**Outros Materiais**

Proprietário: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Apresentante: CB DANIEL

Situação: Apreensão Destino: DP

1 01 CRLV do veículo CORSA, 1.6, , BRANCO, PLACA LBB7308, ANO 1996/1996.

Tipo do Bem: Documento do Veículo

Declarações**Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo**

CB DANIEL - Comunicante

Colhido em termo apartado.

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

LEANDRO COSTA - Representante

QUE hoje, dia 06NOV2016, por volta das 07h30min, ele, KECIA, DARLAN e LUCAS vinham pela ESTRADA DO PONTAL para pegar o BRT; QUE um carro parou ao lado deles, e um indivíduo que estava sozinho dentro do carro, perguntou para onde eles iam e ofereceu carona para eles; QUE entraram no carro e seguiram em sentido GROTA FUNDA; QUE a via estava fechada e então fizeram o retorno; QUE como estavam cansados acabou dormindo no carro durante a carona e só acordou com o impacto do veículo num poste; QUE muitos transeuntes os ajudaram; QUE chamou os bombeiros e em torno de meia hora eles chegaram e levaram seus colegas para o HOSPITAL LOURENÇO JORGE; QUE em torno de uma hora depois, chegou a POLÍCIA MILITAR e o trouxe para esta UPAJ. QUE deseja representar contra o autor do fato. E mais não disse

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

- ra acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF2 de 4
www.policiaivil.rj.gov.br
Código de acesso: 6F87D

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Hospitalizado

Dinâmica do Fato

Noticia o comunicante CB PM DANIEL 82567 que hoje, dia 06NOV2016, por volta das 08h10min, quando em patrulhamento com seu colega de farda SD PM BARBOSA, MAT. 101179 foi acionado por MARÉ ZERO para proceder a um local de acidente de trânsito, situado na ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA". Disse também que ao chegar no local encontrou o nacional LEANDRO COSTA no local do acidente e as outras três vítimas já tinha sido removidas para o HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE. Informa também que o veículo um CORSA BRANCO, PLACA LBB7308, havia colidido com um poste em cima da calçada. Informa ainda que o motorista não estava dentre os feridos e que segundo informado por LEANDRO COSTA o mesmo se evadiu do local.

Termo de Representação

Lido os dados vinculados ao Registro de Ocorrência, REPRESENTO pela instauração de procedimento criminal contra o(s) autor(es) do fato narrado na forma do artigo 39 do Código de processo Penal, na data deste documento.

Termo de Compromisso / Declaração

Assumo a obrigação e declaro estar ciente para comparecer ao 09º JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL - BARRA DA TIJUCA REGIONAL Juizado Especial Adj. Criminal situado a Avenida Luiz Carlos Prestes, s/nº, Barra da Tijuca, na data 30/01/2017 às 14:30:00 para Audiência Preliminar de acordo com o artigo 69 da lei 9099/95.

Assinaturas

CB DANIEL

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

DARLAN PINHEIRO DA SILVA

LEANDRO COSTA

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

3 de 4

www.policiaivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 3

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Lei 9.099/95

Nº 042-07936/2016

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Oficial de Cartório - 4.219.037-1

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 10/01/17



Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

4 de 4

www.policiaivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 4

NADA CONSTA DO VEÍCULO (RENAVAM)

Data da consulta: 01/12/2016 17:57:12

Renavam: 655414479

Descrição das Multas:

Auto de Infração: B62539529	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 00/00/0000	
Enquadramento da Infração: 181 INC VIII		Data da Infração: 11/11/2016	Hora: 11:14
Descrição: ESTACIONAR NO PASSEIO			Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: ESTRADA DOS BANDEIRANTES 27238 VARGEM GRAND-RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 195,23	Valor a ser pago R\$: 195,23
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO	Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO

Auto de Infração: B48044056	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 05/11/2012	
Enquadramento da Infração: 218 INC I		Data da Infração: 13/06/2012	Hora: 12:31
Descrição: TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITID			Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: Av. Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx1-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 85,13	Valor a ser pago R\$: 85,13
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO	Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO

Imprimir

Auto de Infração: B47657420	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 03/09/2012	
Enquadramento da Infração: 218 INC I		Data da Infração: 27/04/2012	Hora: 16:14
Descrição: TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITID			Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: Av. Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx2-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 85,13	Valor a ser pago R\$: 85,13
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO	Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO



SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:		TELEFONE:		UNIDADE DE DESTINO:		TELEFONE:	
CNS: 898.005.141.745.765				Nº PRONTUÁRIO: 289337			
NOME DO PACIENTE: Kecia Caroline Brasil da Silva				NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE: Maria Aparecida da Silva				SEXO: F		RAÇA/COR: <input checked="" type="checkbox"/> BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDIGENA	
DATA NASCIMENTO: 20/10/2000		NACIONALIDADE: Brasileira		MUNICÍPIO: Tapera - PB		RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria Aparecida	
UF: PB		Nº IDENTIDADE: C.N. 070.698.225.3000 1.000.17.015.0065831		ÓRGÃO EMISSOR: Cartório Ribeirão de Itatuba		DATA EXPED: 21/10/2000	
				UF EXPED: PB		CPF OU OUTRO DOC:	
ENDEREÇO							
LOGRADOURO Rua Sarambina, 455						Nº	
BAIRRO: Rio das Pedras						CEP:	
TELEFONE: 99829829						MUNICÍPIO: Rio de Janeiro	
						ESTADO: RJ	
RESUMO DA INTERNAÇÃO							
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES # Fratura de Fêmur / Condiciona Uniao # Exata Ex Ten						PERÍODO 2.11.16 a 06.02.17	
SUBMETIDO A CIRURGIA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO - QUAL? <u>Exata Ex Ten</u>							
UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO - QUAIS? <u>Kefzol</u>							
ORTESSES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS: _____							
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS: _____							
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____							
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS: _____							
RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA							
FOLLOW-UP NO HOSPITAL? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA? _____ ATÉ QUANDO? ____/____/____							
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS) _____							
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____							
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS: _____							
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____							
SAÍDA:							
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA POR INICIATIVA MÉDICA () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO () ALTA REQUERIDA () EVASÃO							
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS							
Dr. Thiago M. Uehara CRM: SP 012345678 ASSINATURA							
DATA 06/02/17							



thl8111
1975 512 1000
1900 11 15 1507 1000



do por: AYDETTE/CNS

TOR: URGENCIA ORTOPEDIA

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE

04692707

KECIA KAROLINE BASILIO DA

05 04 2017 08 39

RUA SAMANBAIA N 455
RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO

RJ

RIO DAS PED

10/10/2000

X

A PEDIDO DR MATHEUS PETRY

Tel.: 982942319

Retirada de fratura Externa

u

un: - Intermitente

- Saleto lubr. p/ B.E

Dr. Matheus Petry
Médico
CRM 52.104694-2



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

293862

NOME _____ UNIDADE _____
 AMUJ _____ CÓDIGO / CGC _____

NOME DO CLIENTE _____ ÓRGÃO EMISSOR _____
 Kera Keraline Barbo de Silva _____

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ MUNICÍPIO _____ UF _____
 CEP _____ DATA DE NASC _____ SEXO _____
 MASCULINO 1 FEMININO 3 CONDIÇÃO SEGURO 2 CÔNJUGE 4 FILHO 6 OUTRO CEP 8

NOME DO SEGURO _____
 PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL _____ VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO 1 EMPREGADOR 2 AUTÔNOMO 3 DESEMPREGADO 5 APOSENTADO 7 NÃO SEGURO 9 CGC DA EMPRESA _____

CPF DO MÉD. SOLIC. _____ PROC. SOLICITADO _____ CAR. INT. _____ DATA DE EMISSÃO _____ CPF DO MÉD. RESP. _____ ASSIN. MÉD. RESPONSÁVEL _____
 PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO CAUSA EXTERNA _____ CGC DA SEGURADORA _____ Nº DO BILHETE _____ SÉRIE _____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS _____
 Retirada de Fixador Externo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS _____

DIAGNÓSTICO INICIAL _____ T84.1
 PROCEDIMENTO SOLICITADO _____ 090806036-0
 CLÍNICA CIRÚRGICA 1 OBSTÉTRICA 2 CL. MÉDICA 3
 TISIOFNEUMOL 4 PSIQUIÁTRICA 5 PEDIÁTRICA 7 OUTRAS 9

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXEMPLO) _____ CPM _____ DATA 5/4/17
 Dr. Márcio Petry
 Médico
 CRM 52.104894-2



Operação proposta		Código		Hora	
Estado de rotineiro					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Altura	Peso	P.A.
Temp.	Pulso	Resp.	Hb. 13.3	VOL GL 41
Exame sangue			Hematias	
Exame urina			Tipo sanguíneo	
Ap. resp.			Asma, secreções	
Ap. Circul.			nuq	
Pescoco		Dentes	Alergia a medicamentos	
Parado mental			Hipotensores	
Anestésias anteriores			Corticóides	

Complicações pré-operatórias

nuq regular hospital				

Complicações operatórias

Complicações pós-operatórias





Boletim operatório

Unidade 292862	Nome Kaua Caroline Bastos de S	Matrícula
Serviço de 205	Externo	Enfermaria
Diagnóstico pré-operatório Refinada de fixador externo + Bloqueio proximal		
Operação de haste Alongamento rob haste / Ex vivo ossemente		
Operador Andre Pinho	2º auxiliar Jullhemir	
1º auxiliar Emanuel Lopes	Instrumentadora	
Tipo de anestesia Ligament Sédex	Anestesiista	

Descrição da operação

Via de acesso, descrição de órgãos e lesões, técnica e tática, material de sutura, reconstituição da parede, dreno e sondas, acidentes operatórios.

- 1) Posição em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Aspirin + Antiagregante
- 3) Refinada de tipo de sistema proximal
- 4) Bloqueio da haste anterior posterior sob fluoroscopia
- 5) Refinada do fixador externo
- 6) Bloqueio da haste no plano sagital sob fluoroscopia
- 7) LRC 4/5F0,90% + curativo oclusivo

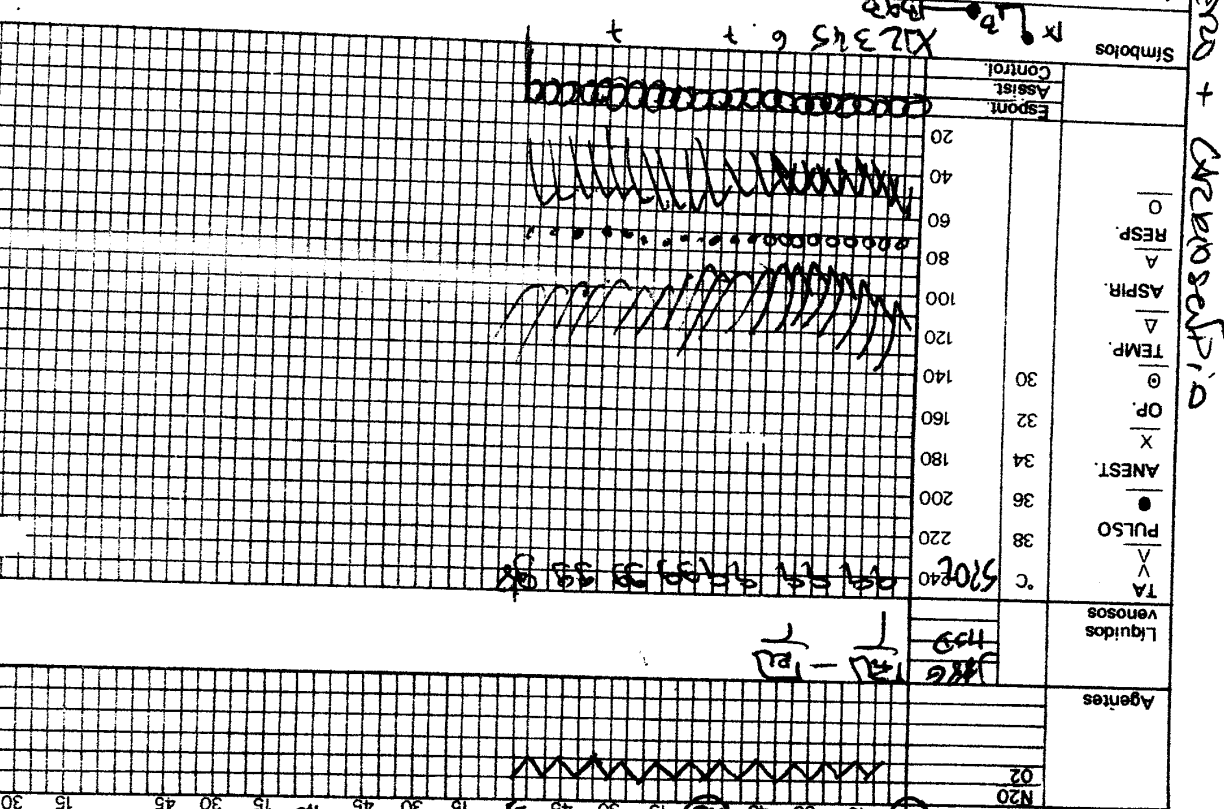
Dr. Emanuel Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 529267-0
TEOT: 14539



Nome: Marta, Muelo e Muelo Arlete e Muelo

Operação: Exatidão 100%
 Código operação: Exatidão 100%
 Perda sanguínea: Exatidão 100%
 Vômito: Exatidão 100%
 Hipóxia "Bucking": Exatidão 100%
 Depressão respiratória: Exatidão 100%
 Excesso secreção: Exatidão 100%
 Laringo-espasmo: Exatidão 100%
 Hemorragia: Exatidão 100%
 Arritmia: Exatidão 100%
 Bradicardia: Exatidão 100%
 Taquicardia: Exatidão 100%
 Choque: Exatidão 100%

Total: 1000 ml
 Tempo de anestesia: 9:00h - 11:00h
 Dificuldade técnica: Exatidão 100%
 Calibre tubo: Exatidão 100%
 Balão - Tamp.: Exatidão 100%
 Naso/orotraqueal- cega sob máscara: Exatidão 100%
 Líquidos: Exatidão 100%
 Glicose: Exatidão 100%
 NaCl: Exatidão 100%
 Sangue: Exatidão 100%



Unidade: Unidade
 Nome: Marta Kanabue Zanillo do Alc
 Idade: 16
 Ficha nº: 01
 Matrícula: 293862
 Data: 07/04/17
 Pré-medicação, droga, dose, hora, efeito: NA

FAI + oxigênio + cateterismo

[Handwritten signature]

FOLHA DE INTERMUNICACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE
Nome: KETIA KAROLINE RASILIO DA SILVA
Documento: 1743.00315791132/2018
Data de Nascimento: 10/10/2000
Idade: 16 anos
Sexo: FEMININO
Responsavel: IGERADO
Nome da Mae: MARIA APARECIDA DA SILVA
Endereco: SAMBAIA 00035
Bairro: JACAREPAGUA
Cep: 99999-999
Telefone: 0000000000000000 982942329
Município: 3304557 - RJ
Vacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: RIO DE JANEIRO
DADOS DA INTERMUNICACAO
Forma de Entrada: 4 - EMERGENCIA
No. do RE: 4692707
Clinica: 337 - CIRURGIA ORTOPEDICA
Leito: 999.0021
Data da Internacao: 05/04/2017
Hora da Internacao: 08:57
Medico Solicitante: 768.716.737-68 - MARCO VINICIO SAUBERMAN
Proc. Solicitado: 04.08.06.036-0
Diagnostico: 184.1
Identif. Operador: SIMONE/AC
INFORMACOES DE SAIDA
Proc. Realizado:
Dt. H. Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



CNS:		TELEFONE:	
NOME DO PACIENTE:		Nº PRONTUÁRIO:	
NOME DA MÃE:		NOME SOCIAL:	
SEXO:	RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDIGENA		
DATA NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:	
MUNICÍPIO:			
UF:	Nº IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA EXPED:
		UF EXPED:	CPF OU OUTRO DOC:

ENDEREÇO			
LOGRADOURO			
BAIRRO:		Nº	COMPLEMENTO
CEP:	MUNICÍPIO:		ESTADO:
TELEFONE:		OBSERVAÇÕES	

RESUMO DA INTERNAÇÃO	
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES	
	PERÍODO ____/____/____ A ____/____/____

SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAL? _____

UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____

ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS: _____ DURAÇÃO: _____ DIAS

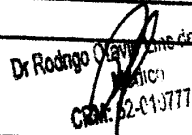
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS: _____

INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS: _____

RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA	
FOLLOW-UP NO HOSPITAL? () SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA? _____ ATÉ QUANDO? ____/____/____	
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS) _____	
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____	
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS: _____	
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____	

SAÍDA:	
() ALTA POR INICIATIVA MÉDICA	() TRANSFERÊNCIA
() ALTA REQUERIDA	() EVASÃO
() ÓBITO	

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	
<div style="text-align: center;">  Dr. Rodrigo Oliveira CRM: 52.413.778-7 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> DATA ____/____/____ </div>	
ASSINATURA E CARIMBO	



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 SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jueraldo Basílio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kécia Karoline Basílio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Kécia Karoline Basílio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043102854-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 2000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, comprovante de residência em nome meu

☐ 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.

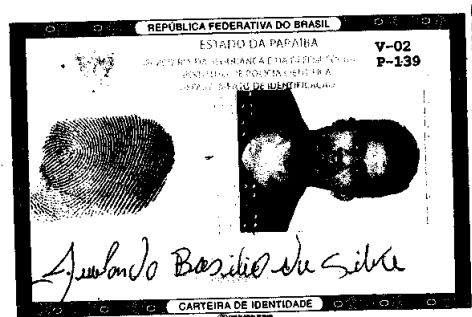
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Nossa Sra da Conceição</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Tapereá</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58680-000</u>
Email <u>marcelo.dantas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)99640-4119</u>

Tapereá/PB de _____ de _____
Local e Data

Jueraldo Basílio da Silva
Assinatura do Declarante





043.102.854-06
 CPF
 CARTORIO TAPEROA-PB
 NASC. N. 7261 FLS. 190 LIV. A 8
 DOC ORIGIN
 TAPEROA-PB
 NATURALIDADE
 MARIA DE FÁTIMA BASILIO DA SILVA
 FILIAÇÃO
 JUELIANO BASILIO DA SILVA
 2.552.291 - 2 VIA
 REGISTRO GERAL
 DATA DE EMISSÃO
 21/12/2017
 DATA DE NASCIMENTO
 22/12/1981
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

197800327-70

Nome completo da vítima

Kécia Karoline Basilio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO BASILIO DA SILVA		CPF titular da conta 043102854-06	Profissão Agricultor
Endereço Rua Nossa Sra. da Conceição		Número 514	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade Tapacuba	Estado AB	CEP 58680-000
Email marcelodasilva@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99640-4118

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0981 D/V 2 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 13089 D/V 3 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tapacuba/AB _____ de _____ de _____
Local e Data

Kécia Karoline Basilio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marcelo Basilio da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



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

Kécia Karoline Basílio da Silva

CPF da Vítima

197800327-70

Data do Acidente

06/11/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA

CPF do Representante legal

043102851-06

Email

marcelodlady@gmail.com

Telefone (DDD)

(181) 98792-3051

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.

Tapacú/PB

de de

Local e Data

Kécia Karoline Basílio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Juerlando Basílio da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéa Karoline Bastos da Silva

DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 CPF DA VITIMA 197800327-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM AVITIMA E Benito CPAI

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nossa Sra. Conceição

Nº 511 COMPLEMENTO, CASA BAIRRO Centro

CIDADE Taperoá UF PA CEP 58680-000

E-MAIL benito@cpai.com.br TELEFONE (83) 99640-4447

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE * ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/02/2017

IDENTIDADE Marcelo Dantas Lopes

ASSINATURA Marcelo Dantas Lopes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéa Karune Brasil da Silva

DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 CPF DA VITIMA 194800327-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA

AVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nossa Sra. Conceição

Nº 54 COMPLEMENTO, CASA

CIDADE Taperoá

UF PA

CEP 55680-000

BAIRRO Centro

TELEFONE (81) 99640-4447

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() ATTESTADO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() SOFETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() ATTESTADO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORFIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUINTAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JUERLANDO BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06, C/E na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALENDEZ da Vítima KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 043102854-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: AGRICULTOR Renda: R\$ 2000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, Comprovante de Residência entre outros

☐ 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 Nossa Sra da Conceição</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Tapereá</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58680-000</u>
Email <u>marcelo.dantas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 95640-4319</u>

Tapereá/PB de _____ de _____
Local e Data

Juerlando Basilio da Silva



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

KÉLIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA

CPF da Vítima

997800327-70

Data do Acidente

06/11/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA

CPF do Representante legal

043102854-06

Email

marcelodantas@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 98792-3051

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.

Tapera/PB

de _____ de _____
Local e Data

Marcelo Dantas Lopes

Juerlando Basílio da Silva



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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima:
194800327-70

Nome completo da vítima
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO DANTAS LOPES		CPF titular da conta 043402854-06	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA NOSSA SRA. DA CONCEIÇÃO		Número 511	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade JAPERQUÊ	Estado AB	CEP 58680000
Email MARCELODANTAS@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 083199640-4118

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 099	D/V 2	CONTA NRO. 23089	D/V 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRASIL	NRO. 001
AGÊNCIA NRO. 099	D/V 2
CONTA NRO. 23089	D/V 3
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Japerquê/AB de de
Local e Data

KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

MARCELO DANTAS LOPES
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 V001/2017



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**
Vítima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**
Data do Acidente: **06/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 13483247



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**
Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**
Data do Acidente: **06/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 13483247

Pag. 00865/00866 - carta_16 - INVALIDEZ

00020433





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800029-80.2019.8.15.0091

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de JG.

Cite-se a parte promovida por todo o teor da peça exordial, para querendo, contestar o feito no prazo de 15 dias, com as advertências legais.

Cumpra-se.

TAPEROÁ, 22 de julho de 2019.

Juiz(a) de Direito

