
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000042360-3

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0193487/99

CPF da vítima:

085.894.334-47

Nome completo da vítima:

João Paulo Duarte dos Santos

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

Nome completo:

João Paulo Duarte dos Santos

CPF:

085.894.334-47

Profissão:

D. INFORMOU

Endereço:

Rua. do Rio

Número:

514

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Pitimbu

Estado:

PB

CEP:

58324000

E-mail:

Tel (DDD):

(83)991428029

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0774

CONTA:

42340

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

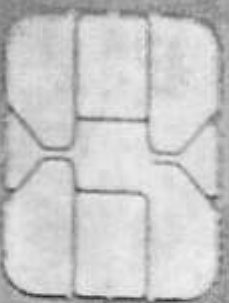
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 57811 9091

6036

VALID THRU

04/21

JOAO PAULO DUARTE SANTOS
0774 013 00042360-3

MasterCard

débito



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 235/2019

Versando Sobre: ACIDENTE

Data do ocorrido: 04/11/2018 no período da noite

DATA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 23/04/2019 ÀS 11h10min

AUTORIDADE POLICIAL : FRANCISCO BASILIO RODRIGUES

Nome : JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Joao Pessoa - PB

Data de nascimento: 10/11/1988

Estado Civil: Solteiro

Profissão:

CPF 085.894.334-47

RG : 3.551.886 SDS/PB

Filiação: Jose Carlos Nunes dos Santos e Laize Duarte Ribeiro e pai não declarado

Endereço: Rua Dr. João Gonçalves, S/N – Pitimbu – PB (próximo ao Campo)

Telefone: 83. 9 9193.4856

AFIRMA O NOTIFICANTE, QUE, no dia 04/11/2018 no período da noite, estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 160 TITAN, PLACA PDM 6524, ano /modelo 2018, CHASSI 9C2KC2210JR022763, RENAVAM 1148242756, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILHO, CPF 960.275.924-00 quando nas mediações da MAPAL, neste município de Pitimbu/PB, sofreu um acidente, pois colidiu na lateral de um veículo não identificado, perdendo o controle da motocicleta e atingiu um muro de uma residência; QUE, desmaiou no local e não recorda de mais nada, voltando a consciência no Hospital de Trauma da cidade de Joao Pessoa / PB; QUE, sofreu fraturas múltiplas da face, CID 10 S 00.9 + S 02. QUE, recebeu alta hospital em 09/11/2018 conforme Laudo Medico em anexo; QUE, não é habilitado. QUE, **Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica).**


JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS
JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS



Comissária de Polícia civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0143487/99	CPF da vítima: 085.894.334-47	Nome completo da vítima: João Paulo Duarte dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: João Paulo Duarte dos Santos		CPF: 085.894.334-47
Profissão: INFORMOU	Endereço: Rua do Rio	Número: 514
Bairro: Centro	Cidade: Pitimbu	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58324000	Tel. (DDD): (83)991928028

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0774** CONTA: **42340** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Paulo** **09/04/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000042360-3

Nr. da Autenticação DC5FE694BE11F274

LENILTON DUARTE RIBEIRO
RUA DO RIO, 504 - CENÁRIO
RITMELI / PB CEP: 59224-000 (A3, 18)

Emissão: 25/09/2018 Referência: Set / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-330 Km 25 - Círculo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 54071-000
Roteiro: 15 - 19 - 242 - 1432 AP medidor: 00000019891

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.086.115/0001-40 - Insc. Est. 16.015.100-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 012.923.144-6
Cód. para Dig. Automático: 00012421966

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	25/09/2018	25/10/2018	012.923.144-63 WNC - Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1362196-6

Canal de contato

* Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 27/08/18	Leitura 10814	Data 25/09/18	Leitura 10833	118

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Imp. Sobre R\$	Imp. Sobre R\$	Imp. Sobre R\$	Imp. Sobre R\$
0801	Consumo até 30kWh-BR	20.000	0,291380	5.83	5.83	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,492320	34.46	34.46	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10.000	0,723480	7.23	7.23	0,00	0,00	0,00
0801	Adc. B. Verbetes			4.99	4.99	0,00	0,00	0,00
0810	Subsídio			-48.99	-48.99	0,00	0,00	0,00
0837	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			11.01	11.01	0,00	0,00	0,00
0838	Devolução Subsídio			-32.15	-32.15	0,00	0,00	0,00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CC: Código de Classificação da conta TOTAL 65,22 107,36 28,33 137,16 0,00 136,16

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
137	02/10/2018	R\$ 86,02

Histórico de Consumo (kWh)

130 | 119 | 127 | 110 | 110 | 125 | 125 | 124 | 127 | 127 | 119 | 118
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

2265.50b3.dbea.6fad.bbf0.16f0.b8fe.6b54

Indicadores de Qualidade 7/2018-Catex

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	5,87	0,00
DI TRIMESTRAL	11,36	0,00
DI ANUAL	22,69	0,00
FI MENSAL	2,48	0,00
FI TRIMESTRAL	6,37	0,00
FI ANUAL	13,95	0,00
DI MENSAL	1,23	0,00
DI TRIMESTRAL	2,47	0,00

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	13,45	15,63
Conta de Energia	22,51	26,17
Serviço de Transmissão	2,09	2,43
Encargos Sociais	2,10	2,43
Impostos Diretos e Encargos	41,78	48,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	86,00	100,00

Valor de Euro (R\$ 7/2018) R\$ 17,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não tenha(m) sido paga(s) no prazo de 15 dias após a data de vencimento, a fornecedora poderá ser suspensa a partir de 15/10/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esse prazo acarretará a suspensão da dívida suspensa do fornecedor, caso o mesmo não seja comunicado às contas pagas. Não existem em unidade consumidora para suspensão. Caso a tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, de acordo com a mesma, a suspensão não será aplicada. Fatura com a inclusão em sigilo de proteção ao crédito, na caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada com Bônus Renda, tendo um desconto de R\$ 32,15. Resol. Tar. Vigência 28/09/15-Res. ANEEL nº 2.438/2015-Ata Tensão 15,41% Médio. Resol. Tar. Vigência 28/09/15-Res. ANEEL nº 2.438-Ata Tensão 10,75% Médio.

Faturas em atraso

Ago/18 81,92

PARAISA
ENERGISA
Roteiro: 15 - 19 - 242 - 1400
Matrícula: 1362196-2018-00-7

VENCIMENTO 02/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 86,02

83650000000-2 86020054000-0 13621962018-6 09700019019-5



DECLARAÇÃO

João Paulo Duarte dos Santos, Brasileiro, Solteiro, Natural de João Pessoa, portadora do CPF: 085.894.334-47, declaro que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 04 de Novembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de Proprietário do Veículo" que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração de Proprietário do Veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

Pitimbu, 17 de maio de 2019

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

João Paulo Duarte dos Santos



DECLARAÇÃO

João Paulo Duarte dos Santos, Brasileiro, Solteiro, Natural de João Pessoa, portadora do CPF: 085.894.334-47, declaro que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 04 de Novembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de Proprietário do Veículo" que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração de Proprietário do Veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

Pitimbu, 17 de maio de 2019

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

João Paulo Duarte dos Santos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P-900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



João Paulo Duarte dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME 3.551.886

14/06/2007

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSÉ CARLOS NUNES DOS SANTOS
LAIZE DUARTE RIBEIRO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB

10/11/1988

NASC.N.4203 FLS.535 LIV.A 4

CPHARTORIO PITIMBU PB

João Pessoa PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814744887
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1148242756 RENTRO ***** EXERCÍCIO 2018

FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILH

CONDADO-PE

960.275.924-00

PDM6524

***** 9C2KC2210JR022763

PAR MOTOCICLETA ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 TITAN 2018 2018

2P/162CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO 1*****
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2*****
A 1 ***** 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CONDADO-PE 06/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 013814744887 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILH

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONDADO-PE 2018 06/04/18

VIA 960.275.924-00 PLACA PDM6524

RENAVAM 1148242756 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB 2018 CAT. MVE 09 NR CHASSI 9C2KC2210JR022763

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297134 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
FRATURA NA PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (PLACA E PARAFUSOS). P.9
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SEIO MAXILAR (PLACA E PARAFUSOS). P.9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÃO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Paulo Duarte do Santos
 DATA DO ACIDENTE 04/11/2019 CPF DA VÍTIMA 085.944.334-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Rio
 Nº 511 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Itimbu UF PB CEP 58324000
 E-MAIL _____ TELEFONE (93) 991928028

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/04/2019
 IDENTIDADE 3.551.886
 ASSINATURA XSDAO PAULO D.O.S

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297134 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
FRATURA NA PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (PLACA E PARAFUSOS). P.9
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SEIO MAXILAR (PLACA E PARAFUSOS). P.9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÃO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143481/19

Número do Sinistro: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

CPF: 085.894.334-47

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PAULO DUARTE
DOS SANTOS

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 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: 17/05/2019
Nome: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS
CPF: 085.894.334-47

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143481/19

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

CPF: 085.894.334-47

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DUARTE
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS : 085.894.334-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS
CPF: 085.894.334-47

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA