

---

**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190639569**

**Vítima: VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA**

**Data do Acidente: 05/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA**

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, 02 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190639569**

**Vítima: VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA**

**Data do Acidente: 05/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 18/07/2019, emitida pelo Dr. FABIANA FERNANDES DE ARAUJO, CRM nº 4516 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0039 CONTA: 43382 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 14/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
POUPANÇA

5067 2252 1417 5384

VALID  
DATE  
04/26

VICTOR FELLIPE R SOUZA

0039-013 00043382-3

**elc**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 12626.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12626.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 31 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Heronildo Evaristo de Souza**, CPF nº 993.376.141-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Copeiro, filho(a) de Maria de Lourdes da Conceição e João Evaristo de Souza, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 08/02/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santo Amaro, Nº 39, bairro Centro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98705-3952.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Pastor Jose Alves de Oliveira, Fórum de Cabedelo., Cabedelo/PB, bairro Camalaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/03/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 05/03/2019 por volta das 13:30 horas seu filho menor, VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA portador do CPF: 702.902.804-00, transitava pela Av. Pastor José Alves de Oliveira; Camalaú; Cabedelo-PB, com o veículo tipo I/WUYANG WY48Q-2 ano/mod: 2013/2014, de cor preta de placa: OET0341/PB CHASSI: LWYMCA206E6016196 pertencente ao Sr. Heronildo Evaristo de Souza; Que segundo o mesmo o menor vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo não identificado, Que devido ao fato o filho menor do declarante, VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA, veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros, ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1161/2019: FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade, Dou fê,

João Pessoa/PB, 31 de outubro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
HERONILDO EVARISTO DE SOUZA  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0039 CONTA: 43382 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
POUPANÇA

5067 2252 1417 5384

VALID DATE  
04/26

VICTOR FELLIPE R SOUZA

0039-013 00043382-3

**elc**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CABELO**  
Secretaria Municipal de Saúde

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Ficha nº		Data	05/03/19
Paciente:	Vitor Felipe Rodrigues Souza		
Origem:	Hospital de Cabelelo		
Solicitante:	Ninive Queiroga	Clínica	Pediatria

**Motivos do Encaminhamento:**

Paciente masculino, 16 anos, vítima de colisão automobilística, apresentando dor e edema em mão direita, com dificuldade em flexão e extensão dos dedos. Solicitado Rx de mão e punho AP, demonstrando fratura em base de 5º metacarpo.

Feito voltar em 01 amp IM.

**Medicação Administrativa:**

Encaminhado para:	Ortopedia
Assinatura/Carimbo MÉDICO	Dra. Ninive Queiroga Médica CRM-PB 10.707





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

7609230

REFERÊNCIA

OUT/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

HERONILDO EVARISTO DE SOUZA

RUA STO AMARO, 39 - CENTRO CABEDELO PB 58100-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
004.001.140.0740.000	000	Residência	Capacidade	Instalada	Utilizada	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	POTENCIAL	
V15N408977	18/12/2015	JARDIM	LIGADO			

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
768 | 817 | 49 | 29 | 16/11/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT./ QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.  
SET/2019 10 60 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES

AGO/2019 12 60 TURBIDEZ 0 0 0

JUL/2019 9 13 CLORO 0 0 0

JUN/2019 10 60 COL. TERMO 0 0 0

MAI/2019 10 60 COR 0 0 0

ABR/2019 10 60 COL. TOTAIS 0 0 0

MEDIA(M) 10

DADOS REFERENTES A: AGO/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 17/10/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:41:39

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 07/2019 08/2019

JUROS DE MORA 07/2019 08/2019

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3 37,91

10 M3 48,80

10 M3 64,50

29 M3 166,44

1,72

0,74

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,39 PIS E CONFINS. LET 12.741/12

VENCIMENTO:

29/10/2019

Total a Pagar:

R\$ 320,21



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

29/10/2019

R\$ 320,21

14 1 00760923001 1 10201970003 2



ATO

A RECEBER

VISTO

is esclarecimentos

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Grupo Motol com valor fixado

Seu boleto não é responsável por pagar

Seu boleto não é responsável por pagar a sua dívida. Nº 032.953.021



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 06.995.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.825-6

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

21/10/2019

## CONSUMO

214

## VENCIMENTO

28/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244008 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S.N. - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA-PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Silvestre Felipe Rodrigues de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.902.804 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Silvestre Felipe Rodrigues de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.902.804 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro a nós, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 14/11/19

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

## CERTIDÃO

Nº. 1161/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº210531 e Prontuário Nº 2019.03.0457 pertencentes a paciente **VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA** requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 14h59min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso direito. Realizado procedimento conservador. Com alta médica dia 12/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2019



---

Médica  
CRM/PB 4516

[illegible]

Formo Civil: SOLTE

TC: Ugo D  
DATA: 08/05/19  
Hora: 15:00

- ( ) Caru. 200
- ( ) Diapirica
- ( ) Agitado
- ( ) Cronado

Estaba gueto de muito com dor  
na mão D. e edema.

Ex da Base do 5 MTD Salvador RJ

Intimate H/T to me

Dr. Volker von Lamsdorf  
M.A. am 27.07.2010  
E. 10.10.10

05 MAR. 2019

05 MAR 2011  
+ RSTW



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ctde | Medicamentos | Dose | Duração | Evolução

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESCRIÇÃO DO PACIENTE

1. Idade: 45 anos | 2. Sexo: Masculino | 3. Estado Civil: Casado  
4. Profissão: Engenheiro | 5. Endereço: Rua da Liberdade, 123 - São Paulo, SP

Assinado e rubricado pelo autor



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: VICTOR FÉLIX RODRIGUES SOUZA Data da Admissão: 05/03/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: DOR em MÃO DIREITA  
HDA: PACIENTE VITIMADO DE QUINTO DE  
MOTO PRESSIONADO COM O CORPO  
EM MÃO DIREITA  
POIS A: FORTURA DE SE MOTO CAIR  
DIREITO  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
Interrogatório Sintomatológico:  
Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume  
AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_  
SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposu [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos  
SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Líbido [ ] Humor \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Ta  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_

DM \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC = \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_

FR = \_\_\_\_\_

TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *FX 5º Membro Superior*

Conduta: *INTERNO NO MONDO PARA VER  
O MUNDO.*

Dr. Klenio Farias de Azevedo  
Médico  
CRM-PR 11054

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

REGISTRO CIVIL - TITULO DE ELEIÇÃO

REGISTRO CIVIL - TITULO DE ELEIÇÃO

REGISTRO CIVIL - TITULO DE ELEIÇÃO

P-041



Victor Felipe Rodrigues de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.455.710 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2016

NOME VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA

FILIAÇÃO HERONILDO EVARISTO DE SOUZA  
JACQUELINE RODRIGUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/11/2003

DOC ORIGEM NASC.M.21559 FLS.20 LIV.A20  
CARTORIO CABEDELO PB

CPF 702.902.804-00

Assinado digitalmente por Marcos A. B. Lacerda Jr.

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
INSTITUTO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO	
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. EMITIDA / DO. EMISSOR 2627718 SS2 PR
	CM DATA NASCIMENTO 046.502.754-74 21/08/1982
	FUNÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	FORMAÇÃO 0000000000 000000 0
Nº RENOV 01861029600	VIGÊNCIA 16/01/2019
Nº RENOVACAO 29/06/2001	
CATEGORIA	
 ALEXANDRE CESAR DUARTE SECRETARIO DE PORTADOR	
DATA JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSAO 17/03/2014
 RODRIGO CUNHA/HA ADMINISTRADOR	
66588196744 09027919595	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N: Q12427257151  
20217578118  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
0107450343-0 00/00000000-7

HERONILDO EVARISTO DE SOUZA  
RUA SANTO AMARO 39  
CENTRO  
58310000 CABEDELO-PB

99337614120 OET0341/PB

NOVA ERA MOTOS COMERCIO E

NOVO PE LWMCA206E6016196

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

1/WUYANG WY48Q-2

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : WY139FMA13364451

CABEDELO-PB 42277 20/02/2016

15121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N: Q12427257151  
20217578118  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
0107450343-0 00/00000000-7

HERONILDO EVARISTO DE SOUZA

99337614120 OET0341/PB

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

1/WUYANG WY48Q-2

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

1/WUYANG WY48Q-2

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

CABEDELO-PB 42277 20/02/2016

15121

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA JUDICIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-236



*Heronildo Evaristo de Souza*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.348.834 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/03/2014
NOME	HERONILDO EVARISTO DE SOUZA		
FILIAÇÃO	JOÃO EVARISTO DE SOUZA MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO		
NATURALIDADE	ALAGOINHA-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/02/1980
DOC ORIGEM	NASC.N.6415-18 FLS.27 LIV.A-7 CARTORIO ALAGOINHA PB		
CPF	993.376.141-20		

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639569 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 05/03/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 28/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. P1.  
FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. P4.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P1.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639569 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 05/03/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 28/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. P1.  
FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. P4.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P1.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Heromildo Evaristo de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão copista, residente e domiciliado à Rua 520 Amaro nº 39, bairro Centro, Município de Cabedelo, Estado de(o) PB, Cep: 58100-000, portador(a) do Rg nº 3.348.834, SSP/DJ e CPF nº 993.376.141-20.

**Outorgado:** Alexandrina Lora Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão adregada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Al. M. Sabeire, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 026.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Victor Felipe Rodrigues de Souza, ocorrido em 05/03/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cabedelo, 26 de agosto de 2019.



Heromildo Evaristo de Souza  
Outorgante  
CPF Nº 993.376.141-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registro  
1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis da Região Imobiliária  
Rua Amador Bueno, 15 - Centro - CEP: 58100-000 - Cabedelo - PB



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

HEROMILDO EVARISTO DE SOUZA

Em test. da verdade, Cabedelo-PB 26/08/2019 10:21:59

Robson Rodrigo Alexandre Martins - Proposto

12019-0086213 EMUL:R\$ 29,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEQJ:R\$ 1,98 I:R\$ 0,30

SELO DIGITAL: A7B41168-33PS

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401038/19

**Vítima:** VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA

**CPF:** 702.902.804-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/03/2019

**Titular do CPF:** VICTOR FELLIPE  
RODRIGUES DE SOUZA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA : 702.902.804-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO