
Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620138

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620138

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **000000011859-8**

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

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 754 190 764-20 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Pereira da Silva 6 - CPF: 754 190 764-20
7 - Profissão: R. S. S. Francisco 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Inze de Maio 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 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\$1.000,00 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 - TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00011859
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (a nascer)? ☐ 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 omissa, 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 beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 21/10/2019
X Rosenildo Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12247.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12247.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 21 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Rosenildo Pereira da Silva**, CPF nº 754.190.764-20, RG nº 296846697 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria Nazare Pereira da Silva e José Vicente da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 29/06/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Francisco, Nº 200, complemento Casa, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98630-7471.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Auto Escola Rainha da Paz, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/19 20:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

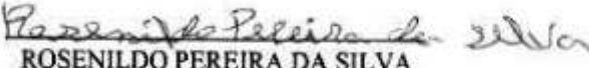
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia sua motocicleta, HONDA/CG 125 FAN, ano/mod. 2008, Cor: Preta, placa: MNY9393/PB, - Chassi: 9C2JC30708R146226, na Av. Sergio Guerra próximo a Auto Escola Rainha da PAZ sentido Bancário/Castelo Branco, quando foi surpreendido por outro veículo uma motocicleta, que colidiu do lado direito do veículo do noticiante evadindo -se do local, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, e logo após foi conduzido por uma viatura da PM, até o Hospital Complexo Hospitalar - Mangabeira - Gov. Tarcísio Burity, sendo atendido onde apresentou trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito, sendo submetido a avaliação médica e exame de imagem. Conforme CERTIDÃO Nº 1317/2019 emitida pela Dra. Rosângela M. Escorel Almeida - Médica Intensivista CRM: 3883.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de outubro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 754 190 764-20 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Pereira da Silva 6 - CPF: 754 190 764-20
7 - Profissão: R. S. S. Francisco 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Inze de Maio 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 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\$1.000,00 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 - TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00011859
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (a nascer)? ☐ 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 omissa, 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 beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 21/10/2019
X Rosenildo Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nat
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAV
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.002484

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)

End.: RUA SAO FRANCISCO, 200

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20:50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE AMPUTACAO TRAUMATICA DE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)
FALANGE DO DEDO INDICADOR

Historia - Exame Fisico

09/06/2019
04/07/2019 (24.80)
09/07/2019
Paciente vitima
de amputação traumática em falange distal
em 2º Q.D. Nega vômitos, síncope ou mal-
estar em uso de epinefrina. Episódio tran-
siente de 20 min.

Prescrição

Horario da medicacao

Do do ortopedic

Paulo Marcelo F. Fange
MR. Cruzada Geral
CRM: 11580

Dr. da M. D. D. D.

Dr. Thales Couceiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 0578

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

HD: Anestesia geral F. A. A.
Data de 01/11/19

1 - 1600 mg de acet + L. A.

CRM-PB 0578
Dr. Thales Couceiro
Ortopedia e Traumatologia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1 - Hidralazina 100 mg
1 - 5.000 mg
1 - Cetirizina 10 mg

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia
[] Alta a pedido

[] Transferido
[] Enfermaria

[] Desistencia [] UTI
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo

Marcelo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 19745

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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000011859-8

Nr. da Autenticação F1616B64706B004F

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140 B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Domicilio: 971 Medidor: 00008162616
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.049.624/69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosenildo Pereira do Silveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 754.190.764/20, do sinistro de DPVAT cobertura incólides da Vítima
Rosenildo Pereira do Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.190.764/20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua da Republica</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

J. Pessoa 20 de 20 de 2019
Local e Data

Flaviana da Silva Gomes
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nat
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.002484

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)

End.: RUA SAO FRANCISCO, 200

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20:50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE AMPUTACAO TRAUMATICA DE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)
FALANGE DO DEDO INDICADOR

Historia - Exame Fisico

09/06/2019
04/07/2019 (24.80)
09/07/2019
Paciente vitima
de amputação traumática em falange distal
em 2º Q.D. Nega vômitos, síncope ou mal-
estar em uso de epinefrina. Episódio tran-
siente de 20 min.

Prescrição

Horario da medicacao

Do do ortopedic

Paulo Marcelo F. Fange
MR. Cruzada Geral
CRM: 11580

Dr. da M. D. D. D.

Dr. Thales Couceiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 0578

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

HD: Anestesia geral F. A. A.
Data de 01/11/19

1 - 1600 mg de acet + L. A.

CRM-PB 0578
Dr. Thales Couceiro
Ortopedia e Traumatologia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1 - Hidralazina 100 mg
1 - 5.000 mg
1 - Cetirizina 10 mg

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia
[] Alta a pedido

[] Transferido
[] Enfermaria

[] Desistencia [] UTI
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo

Marcelo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 19745



PROIBIDO PLASTIFICAR

1-0058

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

29/06/1970

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

29.684.669-7

25/007/2005

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

JOSÉ VICENTE DA SILVA

E MARIA NAZARÉ PEREIRA DA SILVA

MAMANGUAPE - PB

29/JUN/1970

DIADEMA-SP

DIADEMA

CC:LV.B167/FLS.236 /N.049583

LEI Nº 7.116 DE 25/06/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de inscrição

754.190.764-20

Nome

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Nascimento

29/06/1970

CADASTRO ECONÔMICO FEDERAL

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL

Documento de Inscrição DPIS

Nome do participante

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data de nascimento

29/06/70

Nome de mãe

MARIA NAZARÉ P. DA SILVA

Detalhe do nome - nome do banco

C.E.F. PARAIBA

Código de segurança

007/1900-1

Endereço de entrega

RUA GAMA E MELO

Cidade

JOÃO PESSOA - PB

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0004 1021 9144

Nome: ROSENILDO PEREIRA SILVA

Data de Nascimento: 29/06/1970

Sexo: M

Data de emissão: 03/03/10 15:05

Município de residência: JOAO PESSOA - PB

UF: PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

29/06/1970

Nº REGISTRO

1987 1264 0124

ZONA

001

SEÇÃO

0163

MUNICÍPIO / UF

JOÃO PESSOA/PB

DATA DE EMISSÃO

31/01/2014

JUIZ ELEITORAL

Secretário Regional: Marcos Caramelli de Albuquerque

Presidente do TRE-PB

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

FUNÇÃO
 CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

DATA DE NASCIMENTO
 15/08/1984

JOÃO PESSOA-PB
 2671198 - SSP/PB

CPF
 048.879.824-89

SIN
 01 12/01/2008

ASSINATURA
 JOSE MARIO PORTO JUNIOR

14540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO CONSULTIVO
 REGISTRO CIVIL PARA TÍTULOS E NEGÓCIOS
 (Mód. 13-45 LV nº 8/1984)

REGISTRO DE PORTUGAL

REGISTRO CIVIL

FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

07841734

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF 294.044.057 **RG** 200

CPF 754.190.744-20 **DATA NASCIMENTO** 29/06/1970

PAIS BRASIL **UF** PB

JOSE VICENTE DA SILVA

MARIA KALANE PEREIRA DA SILVA

PROFISSÃO **ACC** **GRUPO** A3

DATA 22/05/2003 **VALIDADE** 26/10/2007

04218342432

2305663491

INSCRIÇÃO DE VEÍCULO

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA 75419076420 **CHASSI** 9C2JC30708R146226

NOVO **PLACA** MNY9393/PB

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC **GASOLINA**

HONDA/CG 125 FAN **2008** **2008**

2 P/124 /C1 **PARTIC** **PRETA**

1 **00/00/0000** **1** **ANO 2008**

V **0** **2** **3**

SEM RESERVA DE DOMINIO **OBRIGATORIO**

MOD VALIDO PARA TRANSFERENCIA **0**

JOAO PESSOA-PB **05/06/2019**

41793 **19551**

PER Nº 014799681210 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

75419076420 **CHASSI** 9C2JC30708R146226

2008 **9** **HONDA/CG 125 FAN** **MNY9393/PB**

00956351212 **PREMIO TARIFARIO**

2008 **9** **HONDA/CG 125 FAN** **MNY9393/PB**

SEGURO **SEGURO** **SEGURO**

SEGURO LIDER - DPVAT

19551-1158188-20190505

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: ROSENILDO PEREIRA DA
SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190620138

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 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: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98


RENATO LUNA DIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Robenildo Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão porteiro, residente e domiciliado à Rua S. Francisco nº 500, bairro Faz. de Maio, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, portador(a) do Rg nº 296946697, SSP/PB e CPF nº 454.190.764-20

Outorgado: Flaviana da Silva Gomes, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, portador(a) do RG nº 2671150, SSP/PB e CPF nº 04809624-69

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) Robenildo Pereira da Silva, ocorrido em 20/07/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invididez.

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.

João Pessoa, 21, de 10 de 2019.

Robenildo Pereira da Silva
Outorgante
CPF Nº 454.190.764-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CAPENED
VB
2º OFÍCIO DE NOTAS
Bel. Manoel Vieira Batista - Substituição
Rua José Pereira da Silva, 47 - São José - João Pessoa/PB
CEP: 53010-000 - Fone: (33) 3333-1111

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-048280
Reconheço por autenticidade a firma de:
ROBENILDO PEREIRA DA SILVA

Dou fe, em testemunho de verdade, João Pessoa, PB, 21/10/2019 13:31:54
EMOL: R\$ 9,01 FEPJ: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,20 TSC: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A3G96474-F0H4
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpo.ju.br>

JOSÉLIO ALVES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

SERVIÇO NOTARIAL
2º OFÍCIO
Distrito de
Rua Elias
Araújo, 40
João P
VIEIRA BATISTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

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 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: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS