
Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Nº Sinistro: 3180507968

Vitima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180507968.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA**

Nº Sinistro: **3180507968**

Vitima: **JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180507968**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180507968

Vítima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL:

039417118

CPF da vítima:

115.848.184.50

Nome completo da vítima:

José Renilson Santos Gonzaga

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

Nome completo:

JOSÉ Renilson Santos Gonzaga

CPF:

115.848.184-50

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

SITIU GAVIAS

Número:

5711

Bairro:

JARD. CIS. UNIVERSITÁRIA

Cidade:

ALAGOA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58.388-000

Email:

BALBINO CG@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(83)9829.8855

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1100

CONTA: 27.803

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/freembolso 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 atende 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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:



(* Assinatura de quem assina A RGQ)
+ José Renilson Santos Gonzaga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x fornicaria B Santos
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 RGQ, 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.



A deposito da depósito se dará pela
lancamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.
Informações, reclamações, sugestões e elogios
www.caixa.gov.br
ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
SAC CAIXA: 0800-726 0101

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 63 99171-6353

NÚMERO DO ENVELOPE: 395966027

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

NOME: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

CONTA CRÉDITO: 1100 00027603-1

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

DATA: 19/10/2018 HORA: 10:48:04
TERMINAL: 110019860 CONTRA: 110019800219

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREIA

CAIXA

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:

039417118

CPF da vítima:

115.848.184.50

Nome completo da vítima:

José Renilson Santos Gonzaga

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

Nome completo:

JOSÉ Renilson Santos Gonzaga

CPF:

115.848.184-50

Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

SITIU GAVIAS

Número:

5711

Bairro:

JARD. CIS. UNIVERSITÁRIA

Cidade:

ALAGOA GRANDE

Estado:

PB

CEP:

58.388-000

Email:

BALBINO CG@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(83)99829.8855

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: 1100

CONTA: 27.803

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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/freembolso 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 atende 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



(*) Assinatura de quem assina A RG
+ José Renilson Santos Gonzaga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x fornicaria B Santos
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 RG, 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.



A deposito da depósito se dará pela
lancamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.
Informações, reclamações, sugestões e elogios
www.caixa.gov.br
ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
SAC CAIXA: 0800-726 0101

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 63 99171-6353

NÚMERO DO ENVELOPE: 395966027

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

NOME: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

CONTA CRÉDITO: 1100 00027603-1

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

DATA: 19/10/2018 HORA: 10:48:04
TERMINAL: 110019860 CONTRA: 110019800219

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREIA

CAIXA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 503/2018

Aos DEZESSEIS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivā(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:58min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA, conhecido(a) por , Identidade nº 4.536.725-SSS/PB, CPF nº 115.848.184-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: estudante, filho(a) de José Carlos Gonzaga E De Josiclea Brito Santos , natural de Areia/PB, nascido(a) em 21/05/2001 (17 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gavião,Zona Rural , tendo como ponto de referência: , na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99337-8897 compareceu acompanhado de sua genitora JOSICLEIA BRITO SANTOS, sob RG de nº 2849274.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 21 de 01 de 2018;
- 3) Horário do fato: 19h:00min;
- 4) Local do fato: PB-079 , nas imediações da entrada da fazenda Serra Grande, município de Alagoa Grande/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital municipal de Alagoa Grande e em seguida encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? ;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN EDI , DE PLACA OEZ 2226/PB, CHASSI: 9C2KC1670CR526249, DE COR CINZA ,ANO/MODELO 2012, REGISTRADA EM NOME DE JOSILENE BRITO SANTOS e UM VEICULO FIAT STRADA ,DE COR BRANCA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava vindo de carona com seu Tio JOSENILDO BRITO SANTOS na referida motocicleta; Que o NOTICIANTE e seu tio estavam vindo do município de Areia/PB pela PB-079 com sentido a sua residência que fica localizada no Sítio Gavião, momento em que estavam passando próximo a entrada da Fazenda Serra Grande ,fizeram a manobra de entrar a esquerda ,com os devidos cuidados e quando já haviam efetuado a manobra um veículo STRADA de cor Branca sobrou na curva e os atingiu; Que com o impacto o NOTICIANTE e seu tio foram arremessados ao chão, e o ocupante do veículo se evadiu sem prestar socorro; Que o NOTICIANRE informa que quando tentou se levantar sentiu sua clavícula doer muito e seu tio sofreu apenas escoriações; Que o NOTICIANTE foi socorrido por populares para o hospital municipal de Alagoa Grande e em seguida foi encaminhado para o Hospital de emergência e trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande/PB ,onde passou por exames que constataram uma fratura em sua clavícula; Que o NOTICIANTE foi atendido, medicado e passou por procedimentos de imobilização e em seguida foi liberado.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivā(o) que digitel.

Jose Renilson Santos Gonçaga

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Comunicante

Escrevā(o) Agente
Matrícula nº 182.464-3





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 602/2018

Aos SEIS dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 12h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA, conhecido(a) por XXXX, Identidade nº 4536725-SSP/PB, CPF nº 115848184-50, nacionalidade brasileira, estado civil: Solteiro, profissão: estudante, filho(a) de Jose Carlos Gonzaga e de Josicleia Brito Santos, natural de Areia/PB, nascido(a) em 21/05/2001 (0 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gaviao, tendo como ponto de referência: Barragem de Pitombeira, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** Acidente de Transito;
- 2) Data do fato:** 21/01/2018;
- 3) Horário do fato:** 19:00H;
- 4) Local do fato:** PB-079, Nas proximidade da entrada da Fazenda Serra Grande- Alagoa Grande-PB.

5) Descrição do(s) documento(s) perdido(s)/extraviado(s):

6) Breve resumo de fato:

IDEI AO BOLETIM DE OCORRENCIA nº503/2018 do livro nº001/2018

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

No BOLETIM DE OCORRENCIA nº503/2018 onde se lê a placa da motocicleta OEZ 2226/PB **leia-se PLACA OEZ 2526/PB**; onde se lê o nome JOSILENE BRITO SANTOS, proprietária da motocicleta, **leia-se JOSIELE BRITO SANTOS**.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Jose Renilson Santos Gonzaga
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
Comunicante

Josicleia Brito Santos
JOSICLEIA BRITO SANTOS/ Genitora do Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168393-4

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: 0394575118	CPF da vítima: 115.848.184.50	Nome completo da vítima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA	Endereço: SITIO GAVIAS	CPF: 115.848.184-50	Número: 8/21	Complemento: SITIV
Profissão: ESTUDANTE	Bairro: JAN CIC UNIVERSITÁRIA	Cidade: ALAGOA GRANDE	Estado: RN	CEP: 58.388-000
E-mail: BALBINUS.CG@HOTMAIL.COM	Tel.(DDD): (83)99829-8855			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1100** CONTA: **27.803** **1**
 (Informar o dígito se existir) CONTA: **27.803** **1**
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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 atende 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
+ José Renilson Santos Gonzaga
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura _____
 LIFE ASSESSORIA
 29 OUT. 2010
 CORRETORA DE SEGUROS

MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS
SIT GAVAO, 51N - JD CID URV
ALAGOA GRANDE / PB CEP 58380000 (A/ 22)



Emissao: 15/10/2018 Referencia: Out/2018
Classificacao: RURAL / RURAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7-40- 828- 960 N°medida: 00008574935

ENERGISA PARAÍBA - OS TRIBUTOS DA ENERGIA S/A
B-230 Km 25 - Cruz das Almas - Juiz de Fora (MG) - CEP 30201-000
CNPJ 09.006.112/0001-40 - Inscrição 16.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica AP013 (A/2018)
Cód. para Débito Automático: 00015017482

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	15/10/2018	13/11/2018	643.769.404-68 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1501745-2

Canal de contato

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.				Consumo	Dias	
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Imp.Calculo(R\$)	ICMS12%(R\$)	ICMS14%	
0601	Consumo em kWh	156.000	0,415880	64,87	0,00	0	0,00	64,87	0,43	2.00
2601	Adm. B Vermelha			-8,10	0,00	0	0,00	8,10	0,05	0,25
0610	Subsídio	27,80	0,00	0	0,00	0	27,80	0,19	0,88	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PÚBLICA		2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORO 09/2018		0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018		1,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIMC 09/2018		-2,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018		0,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio		-26,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1: Código de Classificação do item TOTAL: 76,60 0,00 0,00 100,77 0,57 3,11

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
156 22/10/2018 R\$ 76,60

Histórico de Consumo (kWh)

214 | 170 | 180 | 185 | 138 | 157 | 148 | 148 | 122 | 125 | 130 | 148
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fevereiro Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

f387.8bfd.4e09.1397.0904.80c3.a012.dfdc

Indicadores de Qualidade 1/2018 Ano

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,94	15,13
DIG TRIMESTRAL	23,89	NUMERAL
DIG ANUAL	47,78	220
FIC MENSAL	7,82	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,64	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	31,28	202
DIMC	8,59	LIMITE SUPERIOR
DCRI	16,60	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia e PB	27,81	29,79
Compra de Energia	38,34	46,18
Serviço de Transmissão	3,58	4,47
Encargos Sistêmicos	5,42	6,01
Impostos Diretos e Encargos	0,25	0,29
Outros Serviços	0,02	0,03
Total	79,58	100,00

Valor do Dólar (Ref 9/2018) R\$24,12

ATENÇÃO

Subvenção DEC / 884/13-R\$126,76
Relatório Técnico - Vigência 28/08/18-Ref. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Médio
Relatório Técnico - Vigência 28/08/18-Ref. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 16,75% Médio
Isento ICMS

Faturas em atraso

energisa PARAÍBA

Roteiro: 7-40- 828- 960
Matrícula: 1501745-2018-10-1

VENCIMENTO

22/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,60

83680000000-9 76600054000-1 15017452018-2 10100040019-8



MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS
SIT GAVAO, 51N - JD CID URV
ALAGOA GRANDE / PB CEP 58380000 (A/ 22)



Emissao: 15/10/2018 Referencia: Out/2018
Classificacao: RURAL / RURAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 7-40- 828- 960 N°medida: 00008574935

ENERGISA PARAIBA - OS TRIBUTOS DA ENERGIA DE
B-230 Km 25 - Cruz das Almas - Juiz de Fora (MG) - CEP 30201-000
CNPJ 09.006.112/0001-40 - Inscrição 16.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica AP013 (A/2018)
Cód. para Débito Automático: 00015017482

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	15/10/2018	13/11/2018	643.769.404-68 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1501745-2

Canal de contato

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.				Consumo	Dias	
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Imp.Calculo(R\$)	ICMS12%(R\$)	ICMS14%	
0601	Consumo em kWh	156.000	0,415880	64,87	0,00	0	0,00	64,87	0,43	2.00
2601	Adm. B Vermelha			-8,10	0,00	0	0,00	8,10	0,05	0,25
0610	Subsídio	27,80	0,00	0	0,00	0	27,80	0,19	0,88	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PÚBLICA		2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORO 08/2018		0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018		1,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIMC 08/2018		-2,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		0,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio		-26,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1: Código de Classificação do item TOTAL: 76,60 0,00 0,00 100,77 0,57 3,11

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
156 22/10/2018 R\$ 76,60

Histórico de Consumo (kWh)

214 | 170 | 180 | 185 | 138 | 157 | 148 | 148 | 122 | 125 | 130 | 148
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fevereiro Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

f387.8bfd.4e09.1397.0904.80c3.a012.dfdc

Indicadores de Qualidade 1/2018 Ano

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,04	15,13
DIG TRIMESTRAL	23,09	NUMERAL
DIG ANUAL	47,78	220
FIC MENSAL	7,82	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,64	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	31,28	202
DIMC	8,59	LIMITE SUPERIOR
DCRI	16,60	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e PB	27,81	29,79
Compra de Energia	38,34	46,18
Serviço de Transmissão	3,58	4,47
Encargos Sistêmicos	5,42	6,01
Impostos Diretos e Encargos	0,25	0,29
Outros Serviços	0,02	0,03
Total	79,58	100,00

Valor do Dólar (Ref 9/2018) R\$24,12

ATENÇÃO

Subvenção DEC / 884/13-R\$126,76
Relatório Técnico - Vigência 28/08/18-Ref. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Médio
Relatório Técnico - Vigência 28/08/18-Ref. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 16,75% Médio
Isento ICMS

Faturas em atraso

energisa PARAIBA

Roteiro: 7-40- 828- 960
Matrícula: 1501745-2018-10-1

VENCIMENTO

22/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,60

83680000000-9 76600054000-1 15017452018-2 10100040019-8



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josiele Brito Santos,
RG nº 34 99920, data de expedição 09/03/2006 Órgão
SSP-PB, portador do CPF nº 082734034-67, com domicílio na
cidade de Alagoa Grande, no Estado de Pernambuco, onde
resido Santos Dumont, na (Rua/Avenida/Estrada), nº 233,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Renilson Santos Gonçalves, cujo o condutor era
Yosenildo Brito Santos.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ES1

Ano: 2012 / 2012

Placa: 0EZ-2526 / PB

Chassi: 9C2KC1670CR526249

Data do Acidente: 21/01/18

Local e Data: Alagoa Grande-PB 08/08/2018



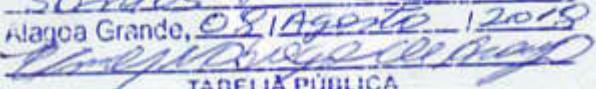
Josiele Brito Santos

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

Yosenildo Brito Santos

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

 Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoa Grande-PB
Rua Francisco 3, no Centro de Mirissa, PB - CEP: 58360-000
Fone: (83) 3273-2358 - E-mail: sugestoes@notariadoalagoa.com.br
Site: www.notariadoalagoa.com.br

Reconheço, a(s) Firma(s) por () Semelhança e/ou
 Autenticidade de: Josiele Brito
Santos
Alagoa Grande, 08/08/2018

TABELIA PÚBLICA



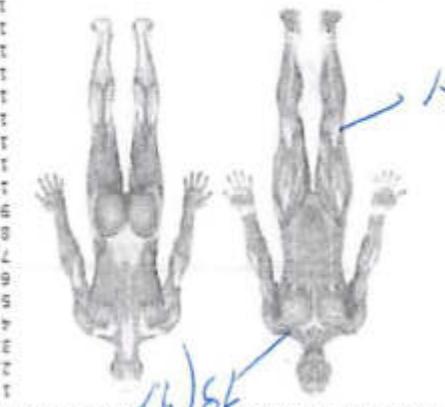
Selo Digital: AHD49964-ZXWD
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tipb.ius.br>

ALERGIA:		MEDICAMENTOS:		PATOLOGIAS:		EXAME FÍSICO		EXAMES SOLICITADOS:		SOLICITAGÃO DE PARCEIRO MÉDICO:		ESPECIALISTAS:		MEDICO SOLICITANTE		PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		Nº			
ALERGIA:		MEDICAMENTOS:		PATOLOGIAS:		EXAME FÍSICO		EXAMES SOLICITADOS:		SOLICITAGÃO DE PARCEIRO MÉDICO:		ESPECIALISTAS:		MEDICO SOLICITANTE		PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		Nº			

EJERCICIOS

EXAMENES PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Primeros Admitimientos





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Trauma Cg.

UNIDADE DE ORIGEM: HMOT

NOME DO PACIENTE: Tais Souza S. Jnysy.

PROCEDÊNCIA: Paciente vítima de queda de
moto apresentando dor e edema
em clavícula (E) + edema e dor
em fôgelho (D)

FCP: Pato acm
clavícula e fôgelho (D)



ALAGOA GRANDE (PB), / /



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José Renilson Santos Gonçalves.															PRONTUÁRIO: <i>52</i>			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:												
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>																	

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de motocicleta.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*Rx urinário (E) AP + urina eletroclorídrica.
Rx urinário (S) AP + reagil.*

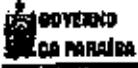
RAIO X
REALIZADO EM:
21/07/18

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <i>21/07/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:
Carimbo e Assinatura do Médico	

MOD. 002

29 JUL. 2018





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRÂUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

DATA DO EXAME: 21.01.2018

RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

20

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura da extremidade acromial da clavícula.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farés
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonilé Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Teixeira
CRM/PB: 6701





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Ronilson Santos Gonçalves		
End:	Sítio Gravina	Bairro:	R. Gonçalves
Data de Nascimento:	21/03/2001	Documento de Identificação:	
Queixa:	A. r. l. o. t. u.	Data do Atend.:	✓10/10/18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Hora: 11:33 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente	
Frequência respiratória:						Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	160x70 mmHg					Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:						Mucosas:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada	(<input type="checkbox"/>) Pálida
Deambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca					

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

0100002
Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia
Paciente vítima de queda
de muro dor em clavícula e
espalhos.
As exames físicos e radiografias
fratura de clavícula E temos
máis. Incluiu em alterações

Cn: Tipico -
Alta hospitalar, per tractatus
conservador.
Analgesicos

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9965 + Dr Fabio



DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revelia
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Maria de Lourdes Bruto Santos
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

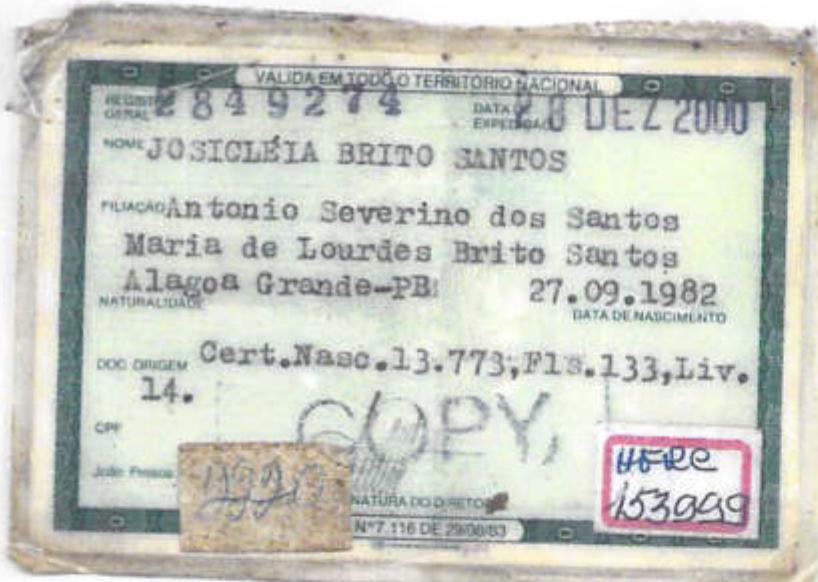
Número
115.848.184-50

Nome
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Nascimento
21/05/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO









PB N° 013929631805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEU AÚDIO GIGANTE, ORIGEM DE DADOS E PROCESSOS LAVASADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VÁRIAS FABRICAÇÕES DO MUNDO. SEU GUARDA-PESSOAS TRANSFORMA SEUS DADOS DE NAO-SEGURADO EM VALOR.

ESTE E O SEU SISTEMA DE SEGUIMENTO DE VERSO
PARA CONFERIR DADOS DE PERFORMANCE DO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoronline.com.br
SAC PERNAMBUCO 0800 022 1204

05/04/2018 - DIA DE ENSEÑANZA

ANNUAL FEE
ONE TIME
NP CHASSIS
9C2RCL670CR526249

SOCIA/UNICA
27/03/2018
 PARCELA DO

www.oecd-ilibrary.org/10001-06

14460-1256476-20180405

DETTRAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHICULO		Nº 013929631805		MUNISTEFERID-DAS CIDADES	
VIA 1		CDD, RENAVAM		RELT/CT		0047356126-3 00/00000000 2018	
JOSIELE BRITO SANTOS		NAME				08273403467	
CPF / CNPJ		PLACA		OE22526/PB		08273403467	
PIADA ANT/UE		CHASSI		9C2KC1670CR526249		NOVO	
PAS/MOTOCICLE/NAO APOLIC		COMBUSTIVEL		ALCO/GASOL		HONDA/CG 150 FAN ESI	
CAR / PCT / CL		CATENO/H		CINZA		HONDA/CG 150 FAN ESI	
1 P V A		DODA UNICA		VIN/CD. DODA UNICA		30/00/0000	
I P V A		DODA UNICA		VIN/CD. DODA UNICA		30/00/0000	
PREMIO TOTAL (R\$)		JOF (R\$)		SEGURD P A G O		27/03/2018	
PREMIO TRAFEGANDO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO		PERCELAMENTO / COTAS		30/03/2018	
PREMIO TRAFEGANDO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO		PERCELAMENTO / COTAS		30/03/2018	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTD		OBSERVAÇÕES				0	
05/04/2018		ALAGOA GRANDE		MAPFH		05/04/2018	

CONTINUOUS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA
 DATA DO ACIDENTE 21.01.2018 CPF DA VÍTIMA 115.848.184-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSÉ Renilson Santos Gonzaga

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Gárias

Nº S/N COMPLEMENTO Sítio BAIRRO JARDIM CID UNIVISIOUNA
 CIDADE ALAGOA GRANDE UF PB CEP 58.388-000
 E-MAIL BALBINO CG@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 99829.8855

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, TAISS 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, TAISS 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 | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> MDRTE = R\$ 13.500,00 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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.DPVATSEGURADO.DTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/10/2018

IDENTIDADE 289 9274

ASSINATURA Joséclia B. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 OUT. 2018

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180507968 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394171/18

Número do Sinistro: 3180507968

Vítima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

CPF: 115.848.184-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 26/12/2018
Nome: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
CPF: 115.848.184-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394171/18

Vítima: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

CPF: 115.848.184-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSICLEIA BRITO SANTOS : 047.019.084-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA : 115.848.184-50

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: 29/10/2018
Nome: JOSICLEIA BRITO SANTOS
CPF: 047.019.084-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSICLEIA BRITO SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA