

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

Carta nº 13533858



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 LÍDER 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



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: 0394171158 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 CPF: 115.848.184-50
Profissão: ESTUDANTE Endereço: SÍTIO GAVIÃO Número: 570 Complemento: SÍTIO
Bairro: JARD. CID. UNIVERSITÁRIA Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PARAIBA 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).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1100 CONTA: 27.803 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ José Renilson Santos Gonzaga

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

+ Joséleide B. Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



CAIXA
CORRETORA DE SEGUROS

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREIA
DATA: 19/10/2018
TERMINAL: 11001900
HORA: 10:48:04
CONTROLE: 1100190000219

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1100 013.00027003-1
NOME: JOSE REMILSON SANTOS GONZAGA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 03 99171-0353

NÚMERO DO ENVELOPE: 395966027

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



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: 0394171158 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 CPF: 115.848.184-50
Profissão: ESTUDANTE Endereço: SÍTIO GAVIÃO Número: 570 Complemento: SÍTIO
Bairro: JARD. CID. UNIVERSITÁRIA Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PARAIBA 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).

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1100 CONTA: 27.803 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ José Renilson Santos Gonzaga

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

+ Joséleide B. Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____



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

CAIXA
CORRETORA DE SEGUROS

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREIA
DATA: 19/10/2018
TERMINAL: 11001900
HORA: 10:48:04
CONTRÔLE: 1100190000219

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1100 013.00027003-1
NOME: JOSE REMILSON SANTOS GONZAGA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 03 99171-0353

NÚMERO DO ENVELOPE: 395966027

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





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, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:58min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSÉ 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) Sitio 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 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 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 Sitio 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 NOTICIANTE 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, escrevã(o) que digitei.

Jose Renilson Santos Gonzaga
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Comunicante

Escrevã(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, escrevã(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 Josiclea 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 Gavião, 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 Trânsito;
- 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 do fato:**

IDEM 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, escrevã(o) que digitei.

Jose Renilson Santos Gonzaga
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Comunicante

Josiclea Brito Santos

JOSICLEIA BRITO SANTOS/ Genitora do Comunicante

[Assinatura]
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: 0394171158 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 CPF: 115.848.184-50
Profissão: ESTUDANTE Endereço: SITIO GAVIAS Número: 8/2 Complemento: SITU
Bairro: JARD. CID. UNIVERSITARIA Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PARAIBA 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).

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO 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 1
(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ José Renilson Santos Gonzaga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x Joséleide B. Santos
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 29 OUT. 2018
CPF: _____



MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS
SIT OVAIO, S/N - JD CID UNEP
ALAOA GRANDE / PB CEP 56980000 (A) 22)

Emissão 15/10/2018 Referência Out/2018
Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 7-40-828-960 1ª medidor 0000574935

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 200 km 25 - Cristóvão Colombo, Jd. P. 100000000 - CEP 58071-000
CNPJ 09.006.112/0001-40 - Ins. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 13.045.203
Cód. para Dth Automática: 00018017452

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	643.759.404-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1501745-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
13/09/18	9186	15/10/18	9341		1		156		32	
Demonstrativo										
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alg.	Ictm(R\$)	Base Calc.	Pro(R\$)	Cctm(R\$)	
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pro(R\$)	Ictm(12%)	(1014%)	
0601	Consumo em kWh	156.000	0,415880	64,87	0,00	0	0,00	64,87	0,43	2,00
0601	Adc. B Vermelha			8,10	0,00	0	0,00	8,10	0,05	0,25
0610	Subsidio			27,80	0,00	0	0,00	27,80	0,18	0,86
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,44	0,00	0	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
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 08/2018			-2,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsidio			-26,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl 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 | 178 | 100 | 185 | 138 | 157 | 148 | 148 | 122 | 125 | 130 | 148
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 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

2008 Anos

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL 11,94	15,13	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL 23,99		
DIG ANUAL 47,78		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL 7,90	2,00	
FIC TRIMESTRAL 15,64		
FIC ANUAL 31,28		
DMC 6,59	12,60	
DICRI 16,60		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	22,91	29,78
Compra de Energia	26,34	48,18
Serviços de Transmissão	3,58	4,47
Encargos Setoriais	5,42	6,91
Impostos Diretos e Encargos	9,25	11,75
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	79,50	100,00

Valor do EUSO (Ref 9/2018) R\$ 24,12

ATENÇÃO

Subvenção DEC: 7.889.133 R\$ 26,76
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Médio
Isento ICMS

Faturas em atraso

energisa PARABÁ

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/10/2018	R\$ 76,60

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



MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS
SIT OVAIO, 5/N - JD CID UNEP
ALAOA GRANDE / PB CEP 56980000 (A) 22)

Emissão: 15/10/2018 Referência: Out/2018
Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7-40-828-960 1ª medidor 0000574935

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, KM 25 - Cristóvão Colombo, João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.006.112/0001-40 Ins. Est. 16.015.622-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 13.045.203
Cód. para Dth Automática: 00018017452

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	643.759.404-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1501745-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
13/09/18	9186	15/10/18	9341		1		156		32
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alg.	Ictm(R\$)	Base Calc.	Pro(R\$)	Cálculo(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pro(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS(R\$)
0601	Consumo em kWh	156,000	0,415880	64,87	0,00	0	0,00	64,87	0,43
0601	Adc. B Vermelha			8,10	0,00	0	0,00	8,10	0,05
0610	Subsidio			27,80	0,00	0	0,00	27,80	0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM FUECA			2,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			1,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 08/2018			-2,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsidio			-26,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: 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 | 178 | 100 | 185 | 138 | 157 | 148 | 148 | 122 | 125 | 130 | 148
Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | 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

2008 Anu

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIO MENSAL	11,94	15,13	NOMINAL	220
DIO TRIMESTRAL	23,88			
DIO ANUAL	47,78			
FIC MENSAL	7,92	2,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	15,84		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	31,68		LIMITE SUPERIOR	231
DMC	8,59	12,60		
DICRI	16,60			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	22,91	29,78
Compra de Energia	28,34	48,18
Serviços de Transmissão	3,58	4,47
Encargos Setoriais	5,42	6,91
Impostos Diretos e Encargos	9,25	11,75
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	79,50	100,00

Valor do EUSO (Ref. 9/2018) R\$ 24,12

ATENÇÃO

Subvenção DEC: 7.889.133 R\$ 26,76
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Médio
Isento ICMS

Faturas em atraso

energisa PARÁIBA

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 3422920, data de expedição 09/03/2006 Órgão
SSPPBP, portador do CPF nº 082734034-67, com domicílio na
cidade de Alagoinha, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Santos Dumont, 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 Remilson Santos Gonzaga, cujo o condutor era
José Nildo Brito Santos.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Fan ESI
Ano: 2012 / 2012
Placa: DEZ-2526 / PB
Chassi: 9C2KC1670CR526249
Data do Acidente: 21/01/18
Local e Data: Alagoinha-PB 08/08/2018



Josiele Brito Santos

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

José Nildo Brito Santos

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



Selo Digital: AHD49964-ZXW0
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tipb.ius.br>



PRONT (B.E) Nº: 1584291
CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 21/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Atendente: Giselle De Oliveira Lopes
Nascimento: 21/05/2001

PACIENTE: JOSE RENILSON SANTOS

Sexo: M Telefone: 991910357

Endereço: GAVIAO

Cidade: Alagoa Grande

Nome da Mãe: JOCICLEIA BRITO SANTOS

Responsável: MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Horas: 21:58:50

Especialidade:

CRM:

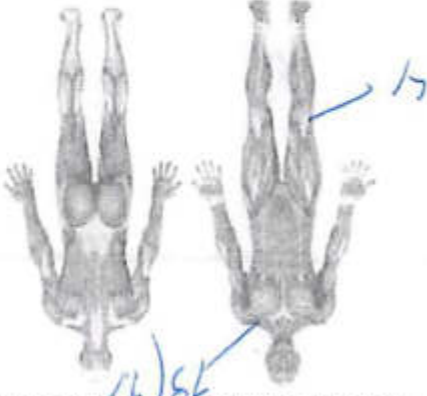
Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Ematoma
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Corte
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguentamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torçivo paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
- 31.裴esia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
- 36.



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente resulta de acidente com moto na altura de aprox. 3 metros, com queda de des. em ondas e a cabeça, membros superiores e inferiores. Sinais vitais estáveis. Lesões captares e normais de embriaguez.

Trauma cabeça: ATAR

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Satoz

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

as: / Dia /
as: / Dia /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

LIFE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

29 OUT. 2018

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

% () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente moto - carro

Assinatura do médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Trava G.

UNIDADE DE ORIGEM: HMMOT

NOME DO PACIENTE: TOI RUISENI S. GOMES.

PROCEDÊNCIA: Paciente vítima de queda de
moto apresentando dor e edema
no antebraço (E) + edema e de
no fêmur (P)

#CP: Pata ou
clavícula e fêmur (P)

Caro Dr. R. C. Honorato
Assessoria Jurídica Geral
CRM - 100000
10/09/2018



ALAGOA GRANDE (PB), _____ / _____ / _____

MÉDICO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

[illegible]

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de meteorizada:


MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de ombres (E) AP + ~~multifocal~~ ⁰multifocal + ~~simplex~~ ⁰simplex per

Rx de focalis (D) AP + periph.

RAIO X
REALIZADO EM:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 21/05/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002





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 Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 6220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Renilson Santos Gonzaga		
End:	Sítio Gracioso	Bairro:	A. Gonzaga
Data de Nascimento:	21/05/2001	Documento de Identificação:	
Queixa:	A. F. 1070	Data do Atend.:	21/01/18
		Hora:	21:53
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: (<input checked="" type="checkbox"/>) Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: 160 x 70 mmHg	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre (<input checked="" type="checkbox"/>) Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia
 Penetração vítrea de espinha
 de nível dor em clavícula e
 Joelho E.
 Ao exame físico e radiografias
 fratura de clavícula E terço
 médio. Joelho em alterações

Cr. Tipico
 Alta hospitalar, para tratamento
 em serviço.
 Analgesia

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

+ Dr. Fabio



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

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

Alexio de Lourdes Brito Santos
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.536.725 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2018

NOME
JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

FILIAÇÃO
JOSÉ CARLOS GONZAGA
JOSICLEA BRITO SANTOS

NATURALIDADE
AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO
21/05/2001

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº27299 - LIV A.27 - FLS.04 - CARTORIO AREIA-PB

CPF
115.848.184-50

0+

29/08/83

L-234

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

José Renilson S. Gonzaga

0+





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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 849274 DATA EXPEDIENTE 28 DEZ 2000

NOME JOSICLEIA BRITO SANTOS

FILIAÇÃO Antonio Severino dos Santos
 Maria de Lourdes Brito Santos
 Alagoa Grande-PB 27.09.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM 14. Cert.Nasc.13.773;Fls.133,Liv.
CPY

JOÃO PESSOA

NATURA DO DIRETO
Nº 7.116 DE 29/08/83

153999

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.16

APLICADO

BRASIL

Josicleia Brito Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE







SEGURO OBRIGA ORIO DE DADOS E SEU LUGAR POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929631805 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/04/2018

PLACA 0E22526/PB

VA 1 08273403467

RENOVAÇÃO 00473561263

ANO FAB 2012

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

PAGAMENTO PARCELADO 27/03/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

14460-1256476-20180405

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETAM - PB Nº 013929631805

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

EXERCÍCIO 2018

PLACA 0E22526/PB

VA 1 08273403467

RENOVAÇÃO 0047356126-3

ANO FAB 2012

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

HONDA/CG 150 FAN ESI

CATEGORIA 2 P/149 /CI

COTA UNICA 00/00/0000

FAIXA I PVA *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****

DATA DE PAGAMENTO 27/03/2018

ALAGOAS GRANDE

14460

DETRAN

CONTRAN



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE 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 JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
 ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO GAVIAS
 Nº SNº COMPLEMENTO SITIO BAIRRO JARDIM CID UNIVERSITARIA
 CIDADE ALAGOA GRANDE UF PARAIBA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29.10.2018
 IDENTIDADE 284.9274
 ASSINATURA Joselcia 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:

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

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

JOSICLEIA BRITO SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA