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

Seguradora LÍDER

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 21 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/bocorigina...ASPX?TIPO=L&COD.BO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, nesse formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, nesta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.145.204-09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.050.244-09,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.050.244-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA Número: 243 Complemento: CASA

Bairro: SÃO CRISTOVÃO Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.905-000

E-mail: [illegible] Tel.(DDD): 87 9999-1472

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/10/2017

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR_001 V001/2017

9.965.9-8132

PREFEITURA MUNICIPAL DE BIAÍRA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - USB

Data:	Nº Ocorrência:	USB 08	Plantão: ☐ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
02/07/19	33				

Solicitante:

Paciente / Usuário:	Idade:	Sexo:	Telefone:
Paulo Nunes Silva			31 98752-999

Local da Ocorrência / Cidade:	Bairro:	Médico Regulador:
BR. Santana Manhuaçu		

Quantidade de Vítima(s) do local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três: _____
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro _____
CTA: ☐ Socorrido por Veículos ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Óbito ☐ Outro: _____
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Alta no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): _____ Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____

Natureza da ocorrência:

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ PEDIÁTRICO ☐ TRAUMA

☐ TRANSFERÊNCIA
Hospital de Origem: _____
Responsável: _____
Hospital de Destino: _____
Responsável: _____

X CAUSAS EXTERNAS
X Acidente de Trânsito
☐ Acidente automobilístico
☐ Acidente motociclístico
☐ Atropelamento por: _____
☐ Queda como x moto
☐ Capotamento
☐ Outro: _____

☐ F.A.F.
☐ F.A.B.
☐ Ingestão Física
☐ Afogamento
☐ Queda – Altura considerável
☐ Soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico
☐ Outro: _____

ANTECEDÊNCIAS

☐ AIDS
☐ Alcoolismo
☐ AVC
☐ Convulsão
☐ Diabetes
☐ Doença Cardíaca
☐ Doença Infecto-contagiosa
☐ Doença Mental
☐ Doença Renal
☐ Droga
☐ Hipertensão Arterial
☐ Internamento Anterior
☐ Problemas Respiratórios
☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

SINAIS VITAIS
P.A.: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ HGT: _____ SpO2 – SO2: _____ SoO2 O/O2: _____
GLASGOW: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnóstico de Enfermagem: _____
Intervenções: OCORRIDO POR TERCEIROS - ATÉ
Evolução de Enfermeiro: O PC NA USB 16.

AVALIAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: _____

2 – VIA AÉREA:
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Sangue / Secreção ☐ Broncoaspiração
2.1 – VENTILAÇÃO:
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Ruídos respiratórios
2.2 – EXPANSABILIDADE:
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
2.3 – ACÚMEDOS:
☐ Cianose ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico
3 – CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Queima ☐ Seca ☐ Normal
3.1 – EDEMA:
☐ Não ☐ Sim – Local: _____
3.2 – PERFUSÃO:
☐ Normal ☐ Retardada (>2seg) ☐ Ausente
3.3 – PULSO:
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
3.4 – E. C. G.:
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não Realizado
4 – EXAME NEUROLÓGICO:
EGG: _____
5 – QUADRO GINECO-OBSTÉTRICO:
☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Período _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro ☐ Calmo ☐ Agitado
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Não Responsivo ☐ Desorientado

PROCEDIMENTOS
☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo
☐ DEA
☐ Desinfetação das ideias
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilador Cardioversor
☐ Imobilização Ortopédica
☐ Imobilização de Colgante (CZ)
☐ Imobilização de membros
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Tala / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual) / automática
☐ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]
(Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA:
☐ Não
☐ Sim
Objetos:

Entregues a: _____ Assinatura com Carimbo do Recebedor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO:
CONDUTOR: _____ (Matrícula): _____ (COREN): _____
TÉC. ENFERMAGEM: _____ (COREN): _____
ENFERMEIRO(A): _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Pedente – ☐ Recusa ☐ Ausente ☐ Perdido / Prendido
NOME: _____ RG: _____ Observação: _____
ASSINATURA (RUBRICA): _____ DATA: _____
TESTEMUNHA: _____

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

Ficha: 125291 Nome: PAULO ANDRÉCLES NUNES DA SILVA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RUA GERALDO JOAQUIM DOS SANTOS nº 103 - VARZEA - Santa Teresinha / PE-56912330 Prontuário:7338 1

Complemento: Data Atendimento: 02/07/2018 09:14:45

Sexo: Masculino Cor: Pardo Estado Civil: 1 Convênio: SUS

Data de nascimento: 24/03/1987 Idade: 22 A e 4 M Nacionalidade: BRASILEIRA

CNS: 700800082217532 CPF: 12003084409

Esp.: CLINICA GERAL Sua Internação: Não (Artigo 8º SUS)

Nome Social:

Mãe: MARIA DE FATIMA NUNES DA SILVA

Telefone: (87)9101010-1010

FICHA DE ATENDIMENTO - PA

PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

Classificação de Risco — Vacinado

P.A.: 140X90 HGT: Peso: 60 Temp: °C Freq: Saturação: % FR:

Dor/Localização:

Alergia: Negada

Queixa: Paciente vítima de acidente de trânsito trazido pelo SAMU de maca com extensa importância da face. Fratura óssea de crânio, TCE, vítima de atropelamento, ou do pedestre.

Tipo de Atendimento: Reavaliação

Data Classificação: 02/07/2018 11:33:03

RENATO DIAS SILVA (O ACIDENTE EXPERIMENTADO)

Motivo do atendimento e descrição do exame físico/anamnese:

Atendimento: DRA. ERVALDO RUBIÃO DA LUZ - CRM: 10616 - 02/07/2018 - 11:34:00

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, HÁ CENA DE 4 HORAS, CONSCIENTE, ORIENTADO, EPIMÉSIO, APRESENTANDO EDEMA DE FRATURA DE BASE DO CRANIO (SINAL DO GUAXINIM), FRATURA DE MANDÍBULA E EXODONTIA DE INCISIVOS SUPERIORES.

Exames Complementares Realizados/Solicitados:

Hipótese diagnóstica:

S017 - Ferimentos múltiplos da cabeça (Atendimento: DRA. ERVALDO RUBIÃO DA LUZ - CRM: 10616 - 02/07/2018 - 11:34:00)

Conduta / Tratamento Realizado/Sugerido:

Medicamentos / Procedimentos:

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml: SIST. 1 (0 H EV-ENDOVEN) (02/07/2018 11:36:00)

DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML - 2 ml: AMPOLA (1 AP EV-ENDOVEN) (02/07/2018 11:36:00)

ONDANSETRONA 8 MG/4 ml: AMPOLA (1 AP EV-ENDOVEN) (02/07/2018 11:36:00)

DIAZEPATOL 10 MG - DILUENTE FRASCO AMPOLA (1 FA EV-ENDOVEN) (02/07/2018 11:36:00)

Grupo de Atendimento:

Tipo de atendimento:

Obs: Paciente transferido pelo UPA (Araçá - PE) pelo SAMU às 12:30

Assinatura do paciente/responsável:

DRA. ERVALDO RUBIÃO DA LUZ
CRM: 10616

Assinatura do paciente/responsável:
Data de Emissão: 02/07/2018 11:50:17 pelo usuário ERVALDO.LUZ
Usuário da Recepção: MARIA.SANTANA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1684312

Nome: Paulo [illegible] Xavier da Silva

Foi atendido às 19:18 hs. do dia 02/03/2019.

Diagnóstico Provável: Paciente com histórico de acidente automobilístico, internado em [illegible] com [illegible] Cervical, Hemiplegia, Hemiparesia [illegible] Cervical, Cervicalgia, Fratura de C4 CID S02.2

Paciente com necessidade de 30 dias de repouso domiciliar

Tratamento Realizado: Admitido dia 27/02/19 por Dr. [illegible] Colar Cervical, Sedação, Dreno torácico, [illegible] Medicação [illegible] 04 [illegible] 15 [illegible] 04 [illegible] para [illegible] Hemodinâmica [illegible] 23/02

Observação: Retorno ao Ambulatório [illegible] dia 27/03 às 13:00 [illegible]

Cópia de: [illegible] - 26/02/19 - 06:50

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Comunidade do Tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1448883/2019

NOME: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA.

Foi atendido às 19h18 do dia 02.07.2019.

Diagnóstico provável: Múltiplas lesões de Crânio
lesões complexas de face: ruptura de globo + fratura complexa de maxila-dentoalveolar
(Acidente de trânsito - foi operado)

Tratamento realizado:
Osteossíntese das fraturas complexas de maxila/dentoalveolar e mandíbula, após 02.07.2019
Lesões orbitais + descompressão de órbita + enucleação de globo ocular esquerdo e sutura de pálpebra
Obs. Orbita + hemorragia retro-ocular (olho esquerdo)
Prot. de operatório por anestesiologia

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em Boletim de Entrada + BAM, Exames complementares, Relatório Anestesia - Alta

Tipo de Engenharia clínico
Alta em 26-07-2019

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 3181545/3181557

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.255.281 16/12/2014

<< PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA >>

<< PAULO CESAR DA SILVA >>
<< MARIA DE FATIMA NUNES DA SILVA >>

SERRA TALHADA - PE 24/02/1997

<< CN.45318 L.89A F.245V CART.1ºDIST.
SERRA TALHADA-PE 28.10.1997 >>

120.050.844-09

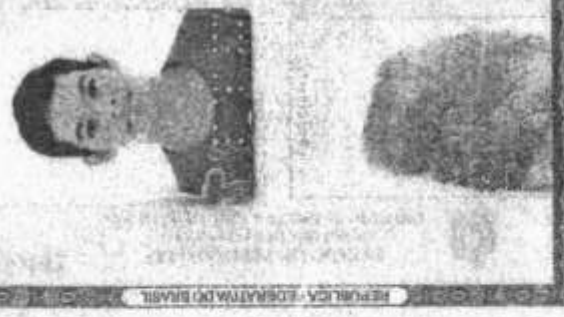
CÓDIGO DE CONTROLE
A998.DDA8.8277.BD0E

www.receita.fazenda.gov.br

16:15:28 10/01/2013

09

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
120.050.844-09

Nome
PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Nascimento
24/02/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190609530 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO CRÂNIO.
FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, MANDÍBULA E MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA FACE - PG. 4,5; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190609530 **Cidade:** Manaíra **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO CRÂNIO.
FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ, MANDÍBULA E MAXILAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA FACE - PG. 4,5; DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Paulo Andrades Nunes da Silva,
portador(a) do documento de identidade nº 9.255.281, expedido por KI/12/2014
em 16.12.14 inscrito no CPF sob o nº 120.058.844-09, residente na
Geraldo Joaquim dos Santos, nº 193
complemento Casa, Bairro Vanzia, cidade
Serra Talhada, Estado PE. Data do acidente 01/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP PE,
em 24/07/2012 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-09, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 573
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório – DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de Setembro de 2019

Outorgante X Paulo Andrades Nunes da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: [illegible] ANTARO DA SILVA
Telefone: [illegible]

Reconheço a firma por autenticidade de PAULO ANDRADES NUNES DA SILVA. Doc. Ap.: Carta Liberdade/PE. Em Testemunho da verdade. ( ) Registrado sob o nº [illegible] Artigo157. ( ) Maria Lucia de Souza-Substituta. Emol-R$ 3,39.TSNR-R$ 0,90.FERC-R$ 0,19.FEMP-R$ 0,01.FUNSEG-R$ 0,08.
Selo: [illegible] MMD09201901.02225 26/09/2019 09:31:54
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377546/19

Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Data do acidente: 02/07/2019

CPF: 120.050.844-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA : 120.050.844-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/10/2019	Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA	Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.475.324-29	CPF: 008.614.524-02
GEORGE CARLOS MELO LIMA	JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377546/19

Número do Sinistro: 3190609530

Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Data do acidente: 02/07/2019

CPF: 120.050.844-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA : 120.050.844-09

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 04/11/2019	Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA	Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.475.324-29	CPF: 008.614.524-02
GEORGE CARLOS MELO LIMA	JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190609530 **Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 02/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01697/01698 - carta_01 - INVALIDEZ

00030849

Carta nº 15039027

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190609530 **Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 02/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190609530 **Vítima: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA**

Data do Acidente: 02/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **237**
Agência: **000000586-0**
Conta: **000000043997-5**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 01373/01374 - carta_15R - INVALIDEZ
00020687

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Número do Sinistro: | 2 - CPF da vítima: 720.050.844-09 | 3 - Nome completo da vítima: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FLUXO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA | CPF: 720.050.844-09

7 - Profissão: ESTUDANTE | 8 - Filiação: OSMALDO TOMAZ DOS SANTOS | 9º Número: 793 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: AABB | 12 - Cidade: SERRA TALHADA | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56912-235

15 - E-mail: | 16 - Tel. DDD: 81 99925-4429

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REQUISO NORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.301,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.300,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO INDIVIDUAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ (MAIS PRIORITÁRIO)

☐ CONTA POUPANÇA (Informe o banco de acordo com a relação abaixo)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informe o dígito se existir) CONTA: ☐ (informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Informe o banco)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 586 ☐ CONTA: 43490 5 (informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crediti na conta informada o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, em decorrência de sinistro ocorrido após a efetivação do crédito, cuja data e valor especifico.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o preenchimento do atual pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não ocasionou duplicidade de apresentação, bem como que não tenho conhecimento de perícias médicas realizadas pela Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 (art. 3º §1º), de dezembro/75, e que a autorização significa prévia anuência de uma futura avaliação médica do veículo ou direito de uma ação judicial, caso discordância do laudo conclusivo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteado(a) ☐ Pais ☐ Irmão(ã) ☐ Outros

23 - Grau de Parentesco com a vítima: | 24 - Vítima casou antes do acidente fatal: ☐ Sim ☐ Não | 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe: Cônjuge ou Companheiro(a)

26 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou menores de 16 anos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se filhos vivos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá cobrar devolução da indenização do Seguro DPVAT por morte acidental, quando se apresentarem provas de que a vítima deixou de ser beneficiário, de fato ou de direito, ou de omissão, dolo ou fraude, sendo que a omissão, dolo ou fraude poderá gerar a obrigação de devolução do valor recebido, além de responsabilização civil e criminal, por infração do Art. 180 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o seu pedido

36 - CPF legível de quem assina o seu pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o seu pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 15/10/2019

Paulo Antonioles Nunes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

42 - Assinatura do Representante Legal (se existir)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

F75/01 V.03/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Número do Sinistro: | 2 - CPF da vítima: 720.050.844-09 | 3 - Nome completo da vítima: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FLUXO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA | CPF: 720.050.844-09

7 - Profissão: ESTUDANTE | 8 - Filiação: OSMALDO TOMAZ DOS SANTOS | 9º Número: 793 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: AABB | 12 - Cidade: SERRA TALHADA | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56912-235

15 - E-mail: | 16 - Tel. DDD: 81 99925-4429

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REQUISO NORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.301,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.300,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO INDIVIDUAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ (MAIS PRIORITÁRIO)

☐ CONTA POUPANÇA (Informe o banco de acordo com a relação abaixo)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informe o dígito se existir) CONTA: ☐ (informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Informe o banco)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 586 ☐ CONTA: 43490 5 (informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crediti na conta informada o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, em decorrência de sinistro ocorrido após a efetivação do crédito, cuja data e valor especifico.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o preenchimento do atual pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não ocasionou duplicidade de apresentação, bem como que não tenho conhecimento de perícias médicas realizadas pela Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 (art. 3º §1º), de dezembro/75, e que a autorização significa prévia anuência de uma futura avaliação médica do veículo ou direito de uma ação judicial, caso discordância do laudo conclusivo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteado(a) ☐ Pais ☐ Irmão(ã) ☐ Outros

23 - Grau de Parentesco com a vítima: | 24 - Vítima casou antes do acidente fatal: ☐ Sim ☐ Não | 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe: Cônjuge ou Companheiro(a)

26 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou menores de 16 anos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se filhos vivos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá cobrar devolução da indenização do Seguro DPVAT por morte acidental, quando se apresentarem provas de que a vítima deixou de ser beneficiário, de fato ou de direito, ou de omissão, dolo ou fraude, sendo que a omissão, dolo ou fraude poderá gerar a obrigação de devolução do valor recebido, além de responsabilização civil e criminal, por infração do Art. 180 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o seu pedido

36 - CPF legível de quem assina o seu pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o seu pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 15/10/2019

Paulo Antonioles Nunes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

42 - Assinatura do Representante Legal (se existir)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

F75/01 V.03/2019

bradesco

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 01/11/2019 Hora 12:29 Term 050575
N.Trans 2829 Banco 237 Agencia 0586
Conta 0052079-9 Valor 1,00

Favorecido:
Banco 237
Agencia 586 / SERRA TALHADA
Conta 0043997-5

Titular: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

Nome: GEORGE CARLOS DE MELO LIMA
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 01

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento **Verbal** de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº **001/2019** nele encontre o Registro nº **047/2019**, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS **01** DIAS DO MÊS DE **Agosto** DO ANO DE **2019** NESTA CIDADE DE MANAIRA ESTADO DA PARAIBA E NA (O) DELEGACIA DE **Polícia Civil Local**, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL **Gutenberg José da Costa Marques Cabral**, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLICIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS **09: h 00min** COMPARCEU **PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA**, COM **22** ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: **Brasileira**; NATURAL DE **Serra Talhada** UF/PE, FILIAÇAO: Paulo Cesar da Silva, e de Maria de Fátima Nunes da Silva, ESTADO CIVIL Solteiro **ESCOLARIDADE: Alfabetizado** PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Auxiliar de Serviço Gerais, DOC. DE IDENTIDADE; **9.255.281** ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PE, DATA DE ESPEDIÇAO. **16/12/2014 CPF 120.050.844-09** INDREÇO PROFICIONAL; Residente: **na Rua Geraldo Joaquim des Santos, Nº 193** Bairro Vazia **Cidade: Serra Talhada** /UF **PE, COM** ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, que no dia 02/07/2019, por volta das 4: 30 horas vinha de Carona na Cabine do Caminhão/ C. Aberta/ CA Diesel, VW/ 24.250 CNC 6X2, Ano/ Modelo 2009, cor Branca Chassi 9BWXN82439R930357, Placa KLF 7454/PE, ANTT TAC, 048851838, registrado em nome de Sandra Maria Ferreira da Silva Diniz, CPF 07439445422, quando em uma Curva na Serra da Pinheira, Município de Manaíra/PB, foi avisado pelo Motorista que o Caminhão estava sem Freio e fora de controle chegando a tombar na última curva, que foi socorrido pelo SAMU para a UPA da Cidade de Princesa Isabel/PB, foram feitos os Primeiros Socorros e logo em seguida transferido para a Cidade do Recife/PE,para o Hospital da Restauração, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TERMO DE RESPONSABILIDADE DECLARO ASSUMIR INTEIRA

RESPOSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL
Referente ao registro de Ocorrência
Supra que deu Origem a Presente Certidão (Art.229 do CBP) falsidade ideológica-Pena de reclusão de 01 (um) a 05 (Cinco) anos
Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção da segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

Declarante

Manaíra-PB Em 01 de Agosto 2019.

Severiano Fábio Lacerda
Escrivão de Polícia
AD-HOC
MAT.: 132.148-0

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento **Verbal** de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº **001/2019** nele encontre o Registro nº **047/2019**, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 01 DIAS DO MÊS DE **Agosto** DO ANO DE **2019** NESTA CIDADE DE **MANAIRA** ESTADO DA PARAIBA E NA (O) DELEGACIA DE **Polícia Civil Local**, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL **Gutenberg José da Costa Marques Cabral,** COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLICIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS **09: à 00min** COMPARCEU **PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA,** COM **22** ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: **Brasileira**; NATURAL DE **Serra Talhada UF/PE,** FILIAÇAO; Paulo Cesar da Silva, e de Maria de Fátima Nunes da Silva, ESTADO CIVIL Solteiro **ESCOLARIDADE: Alfabetizado** PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Auxiliar de Serviço Gerais DOC. DE IDENTIDADE; **9.255.281** ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PE DATA DE ESPEDIÇAO. **16/12/2014 CPF 120.050.844-09** INDREÇO PROFICIONAL; Residente: **na Rua Geraldo Joaquim dos Santos Nº 193** Bairro **Vazia Cidade: Serra Talhada** /UF PE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, que no dia 02/07/2019, por volta das 4: 30 horas vinha de Carona na Cabine do Caminhão/ C. Aberta/ CA Diesel, VW/ 24, 250, CNC 6X2,Ano/Modelo 2009, Cor Branca, Chassi 9BWXN82439R930357, registrado em nome de Sandra Maria ferreira da Silva Diniz, quando em uma Curva na serra da Pinheira, Municipio de Manaíra/PB, Foi Avisado pelo Motorista que o caminhão estava sem Freio, e fora de controle chegando a Tombar na última Curva, que foi socorrido por populares que passava pelo local do acidente, para a unidade de Pronto atendimento UPA, que fica localizada na Cidade de Princesa Isabel/PB, a onde o declarante foi atendido, e depois foi removido para a Cidade do Recife/PE, para o Hospital da Restauração, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TERMO DE RESPONSABILIDADE DECLARO ASSUMIR INTEIRA

RESPOSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL
Referente ao registro de Ocorrência
Supra que deu Origem a Presente Certidão (Art.229 do CBP) falsidade ideológica-Pena de reclusão de 01 (um) a 05 (Cinco) anos
Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção da segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

Declarante

Manaíra-PB Em 01de Agosto 2019.

Severiano Fabio Lourenço
Escrivão de Polícia
AD-HOC
MAT.: 192.148-0

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Número do Sinistro: | 2 - CPF da vítima: 720.050.844-09 | 3 - Nome completo da vítima: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FLUXO DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: PAULO ANTONIOLES NUNES DA SILVA | CPF: 720.050.844-09

7 - Profissão: ESTUDANTE | 8 - Filiação: OSMALDO TOMAZ DOS SANTOS | 9º Número: 793 | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: AABB | 12 - Cidade: SERRA TALHADA | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 56912-235

15 - E-mail: | 16 - Tel. DDD: 81 99925-4429

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ REQUISO NORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.301,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.300,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO INDIVIDUAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ (MAIS PRIORITÁRIO)

☐ CONTA POUPANÇA (Informe o banco de acordo com a relação abaixo)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informe o dígito se existir) CONTA: ☐ (informe o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Informe o banco)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 586 ☐ CONTA: 43490 5 (informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crediti na conta informada o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eventualmente tenha direito, em decorrência de sinistro ocorrido após a efetivação do crédito, cuja data e valor especifico.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Declaro, sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o preenchimento do atual pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não ocasionou duplicidade de apresentação, bem como que não tenho conhecimento de perícias médicas realizadas pela Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 (art. 3º §1º), de dezembro/75, e que a autorização significa prévia anuência de uma futura avaliação médica do veículo ou direito de uma ação judicial, caso discordância do laudo conclusivo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enteado(a) ☐ Pais ☐ Irmão(ã) ☐ Outros

23 - Grau de Parentesco com a vítima: | 24 - Vítima casou antes do acidente fatal: ☐ Sim ☐ Não | 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe: Cônjuge ou Companheiro(a)

26 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou menores de 16 anos? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se filhos vivos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá cobrar devolução da indenização do Seguro DPVAT por morte acidental, quando se apresentarem provas de que a vítima deixou de ser beneficiário, de fato ou de direito, ou de omissão, dolo ou fraude, sendo que a omissão, dolo ou fraude poderá gerar a obrigação de devolução do valor recebido, além de responsabilização civil e criminal, por infração do Art. 180 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o seu pedido

36 - CPF legível de quem assina o seu pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o seu pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Testemunha:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 15/10/2019

Paulo Antonioles Nunes da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

42 - Assinatura do Representante Legal (se existir)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

F75/01 V.03/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ANDROCLES NUNES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000043997-5

Nr. Autenticação
BRADESCO1211201905000000000023700586000000043997337500 PAGO

COMPESA

CNPJ 09.280.828/0001-34
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014989-2

ATENDIMENTO: RUA DAMIÃO FERREIRA DA SILVA - HOJ. - CAMB. - RC
CEP 594.00 PATRIA SUPER TAMANHO PE-5000 ...

DADOS DO CLIENTE
PAULO CESAR DA SILVA
R GERALDO JOAQUIM DOS SANTOS, N. 0010 - CAMB. CAMPO GRANDE, FL
CEP 0-715
INSCRIÇÃO: 1-0.347.0/A MAT. 154 GRUPO 11 DIA AUTOMATICO: 0/10/1998

SITUAÇÃO DA LIGAÇÃO	SITUAÇÃO DO ESGOTO	[illegible]	[illegible]	[illegible]
LIGADO	OPERANDO	1	[illegible]	[illegible]

PRIMEIRA LEITURA	ANTERIOR	DATA ATUAL	PROXIMA CONSUMO
00/00/1997	05/07/2019	05/07/2019	8(04)

AGUA
LEIT. ANT: 1494 CONSUMO: 11
LEIT. ATU: 1505
LEIT. FAT: 1505

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

05/2019	12
04/2019	11
03/2019	12
02/2019	13
01/2019	15
12/2018	14
MEDIA	13

PARAMETROS	ANALISE DE AMOSTRAS		
	FATO PORT. RS 2.914/11	ANALISE REALIZADA	AVALIAÇÃO A CRITERIO
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
[illegible]	70	70	70

QUALIDADE DA AGUA www.compesa.com.br

OBS.: (1)CONDITIONES TOTAIS AUSENCIA DEVE LAS AMOSTRAS EXIGIDAS
(2)OS PARAMETROS CONDITIONES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO TRADUZIDOS PELA CONDIÇÃO SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ESTETICAS DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TARIFA(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 ECONOMIA(S)		
ATE 10 M3 - R$ 42,30 POR DECIMO	10 M3	42,30
ACIMA DE 20 M3 - R$ 4,24 POR M3	1 M3	4,24
MULTA POR PONTUALIDADE 05/2019		2,01
JUROS DE MORA 05/2019		0,41

R$	46,94	1,05	0,76
R$	46,94	7,00	3,50

VENCIMENTO: 20/08/2019 TOTAL A PAGAR: 47,36

21/08/2019 11/09/2019

130139025 08/2019

18104

103,84

21/08/2019 11/09/2019

130139025 08/2019

18104

103,84

21/08/2019 11/09/2019

130139025 08/2019

18104

103,84