



Número: **0823288-63.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FABIO ALVES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31842 023	26/06/2020 14:33	<a href="#"><u>2727702_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190325674 Vítima: FABIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2017 Cobertura: INVALIDEZ

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

Senhor(a) FABIO ALVES 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, contados 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

Carta n° 14351333



Pág. 01159/01160 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442>  
Número do documento: 20062614333050100000030527442

Núm. 31842023 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190325674      Vítima: FABIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2017      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO ALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FABIO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 000004716-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00847/00848 - carta\_15R - INVALIDEZ





SINCOR/PB  
28 FEV. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442>  
Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 3



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	057.715.494-01	FABIO ALVES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo <b>FABIO ALVES DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>057.715.494-01</b>	Profissão <b>Pedreiro</b>	
Endereço <b>RUA EDMUNDO FILHO</b>	Número <b>1010</b>	Complemento	
Bairro <b>BAIRRO SÃO JOSÉ</b>	Cidade <b>JONÓ PESSOA</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58034-500</b>
Email			Telefone (DDD) <b>(183) 98740-0159</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. <b>0729</b>	CONTA NRO. <b>9716</b>	D/V <b>9</b>	(Informar dígito se existir)   (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta **CONFERIDO COM O ORIGINAL**.  
Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 20 de FEVEREIRO de 2018  
Local e Data

Fabio Alves da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

SINCOR/PB  
28 FEV. 2018  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	057.715.494-01	FÁBIO ALVES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	FÁBIO ALVES DA SILVA	CPF: 057.715.494-01
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Pedreiro	RUA EDMULDO FILHO	1010
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
SÃO JOSÉ	JAÍB PESSOA	PE 58034-500
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99983.8652	

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0729  CONTA: 4716   
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_ *COMPREVIREVIDÊNCIAS/A*  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_ *PROTÓCOLO*  
 CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
*4G. JOAO PESSOA*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001 V001/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00321.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00321.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:09 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fábio Alves da Silva**, CPF nº 057.715.494-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Agemiro Dias Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/08/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 1010, bairro São José, tendo como ponto de referência Praça, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0159.

### Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Edmundo Filho, Próximo a Praça, João Pessoa/PB, bairro São José; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, AMARELA, 2009/2010, PLACA NPW4480/PB, CHASSI 9C2NC4320AR000918, registrado em nome de ANA PAULA ALVES DA SILVA, quando perdeu o controle ao frear vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

**CONFERIDO COM A CÓPIA  
AUTENTICADA**

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

FÁBIO ALVES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00321.01.2018.1.00.420



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442

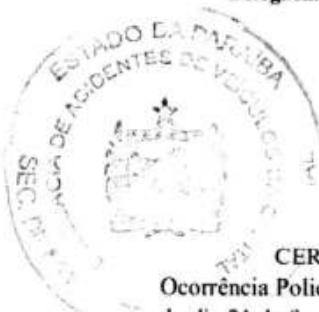
Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 6

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00321.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00321.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:09 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fábio Alves da Silva**, CPF nº 057.715.494-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Agemiro Dias Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/08/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 1010, bairro São José, tendo como ponto de referência Praça, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0159.

### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Edmundo Filho, Próximo a Praça, João Pessoa/PB, bairro São José; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, AMARELA, 2009/2010, PLACA NPW4480/PB, CHASSI 9C2NC4320AR000918, registrado em nome de ANA PAULA ALVES DA SILVA, quando perdeu o controle ao frear vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

FÁBIO ALVES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00321.01.2018.1.00.420



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442>  
Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 7



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fábio Alves da Silva

CPF da Vítima

057.715.499-01

Data do Acidente:

16/09/2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB

28 FEV. 2018

Júlio pesq. 16 de FEVEREIRO de 2018.

Local e Data:

Fábio Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





## 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	057.715.494-01	FÁBIO ALVES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	FÁBIO ALVES DA SILVA	
Profissão:	Endereço:	
Pedreiro	RUA EDMULDO FILHO	CPF: 057.715.494-01
Bairro:	SÃO JOSÉ	Número: 1020 Complemento:
Cidade:	JAÍS PESSOA	Estado: PB CEP: 58034-500
E-mail:	(83) 99983.8652	

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECLUSO 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: 0729  CONTA: 4716   
 (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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  Vívão 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV / COMPREV /  
ASSISTENTE / PREVIDÊNCIAS / A /

15 MAIO 2019 / AG. PROTOCOLO /  
JOAO PESSOA /

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001 V001/2018





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85  
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885  
Nº PRONTUÁRIO 104.293  
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 09:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
CID 10 S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho D  
RX do joelho D - AP e P  
RX da coxa D - AP e P  
RX da perna D - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MEDICO CLÍNICO CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027885



Identificação do paciente				
ID 1210819	Nome <b>FABIO ALVES DA SILVA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/08/1985	Idade 32 anos 1 mes 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA</b>	Pai <b>AGEMIRO DIAS MOREIRA DA SILVA</b> Responsável (Parentesco) <b>MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA - MAE</b>			
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987400159	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2942066	Nº Cns 206109935470009		
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE	Tipo BAIRRO UF PB			
Email	Naturalidade			
Endereço				
CEP 58034500	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>EDMUNDO FILHO</b>	
Número 1010	Complemento	Bairro <b>SÃO JOSÉ</b>		
Admissão				
Data e Hora 16/09/2017 09:21:12	Número da pulseira <b>100005991258</b>	Convênio SUS		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA <u>130</u>	x <u>80</u>	mmHg	P脉 <u>87</u>	Temperatura <u>102</u>
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Até o momento não se observa lesões ósseas, elas queimaduras de 2º grau e profunda de 3º grau. Elas queimaduras de 2º e 3º grau de 10x10 cm. Foi feita TAC e não se observa lesões ósseas.</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por <b>ANNE WALESKA PEREIRA LIMA</b>				Tempo 01min 55seg

COMPREV  
Imprimiu  
15 MAIO 2019  
AG PROTOCOLO  
SSC



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000004716-9

---

Nr. da Autenticação 28584AB338215453



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442>  
Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 12

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SÉRIE 8**

CLARO S.A. AV PRESIDENTE JEWKO PESSOA, 1132 BAIRRO DOS ESTADOS 58020-001 - JOÃO PESSOA - PB CNPJ:40.402.549/0064-20 IE - 18147111-0	LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS AV NEGO, 00720 TAMBAU JOÃO PESSOA - PB CPF/CNPJ 015.945.514-18	Emissão: 26/10/2017	Nº: Outubro/2017	Vencimento: 15/11/2017
		Número: 0000068724	I.E.: ISENTO	Código: 907/011212951
		CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.		

**Discriminação do Serviço**

BANDA LARGA  
01/10/17 A 31/10/17 MENSALIDADE VIRTUA VIRTUA 35M INDIVIDUAL PODEJADE  
SUB TOTAL BANDA LARGA

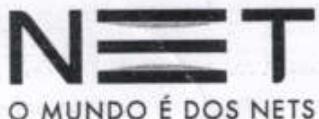
ICMS	PIS	CORNS
38,97	38,97	38,97 129,90
		129,90

**VALOR DA NOTA FISCAL: 129,90**

CORNS	Base de Cálculo:	129,90	Aliquota:	3,00%	Valor:	38,97
ICMS	Base de Cálculo:	129,90	Aliquota:	30,00%	Valor:	38,97
PIS	Base de Cálculo:	129,90	Aliquota:	0,65%	Valor:	38,97

Reservado ao Fisco  
F309\_409A\_04FB\_01A3\_A673\_019F\_B388\_E037

- Contribuição para o Fundo 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicação - Não representado em cima. Base de cálculo do ICMS reduzida conforme art. 33, Inciso X, do Decreto Estadual nº 18.930 de 19.06.97 /Decreto de Abandono ANATEL 1331 / Lei 12.741/12 - ICMS TOTAL 38,97 - PIS TOTAL 38,97 - COFINS TOTAL 38,97



Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.



CTC RECIFE PE PL6  
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS  
AV NEGO, 720  
TAMBAU  
58039-101 JOÃO PESSOA - PB

0189327970

907/011212951  
Data de Postagem: 03/11/17  
Vencimento: 15/11/2017

SINCOR/PB  
28 FEV. 2018

PARA USO DOS CORREIOS	Responsible
/ /	<input type="checkbox"/> Recusado
/ /	<input type="checkbox"/> Desconhecido
/ /	<input type="checkbox"/> Informações escrita pelo portador ou síndico
/ /	<input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado
/ /	<input type="checkbox"/> Falado
/ /	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
/ /	<input type="checkbox"/> Ausente
/ /	<input type="checkbox"/> Não procurado
/ /	<input type="checkbox"/> Retirado de serviço Postal em



ET00715112017\_388481\_mm (Mp\_APNN)  
S/0027970 364937

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DEVOUCGADAO ELETTRONICA - CEOO  
CAIXA POSTAL 142.301  
SÃO PAULO - SP  
CEP 04128-970

REMETENTE:

9

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442

Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 13

CLARO S.A.  
AV PRESIDENTE JEMIÃO PESSOA, 1132  
BAIRRO DOS ESTADOS  
58020-001 - JOÃO PESSOA - PB  
CNPJ: 40.402.549/0064-20  
IE - 18147111-0

LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS  
AV NEGO, 00720 TAMBAU  
JOÃO PESSOA - PB  
CPF/CNPJ 015.946.514-18

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO - MOD 21 - VIA ÚNICA - SÉRIE 8  
Emissão: 26/10/2017 N.º: Outubro/2017 Vencimento: 15/11/2017  
Número: 0000068724 I.E.: ISENTO Código: 907/011212951  
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

Discriminação do Serviço

BANDA LARGA  
01/10/17 A 31/10/17 MENSALIDADE VIRTUA VIRTUA 35M INDIVIDUAL PODEJADE  
SUB TOTAL BANDA LARGA

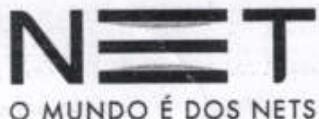
ICMS PIS CORNS  
38,97 38,97 38,97 129,90  
129,90  
**129,90**

VALOR DA NOTA FISCAL:

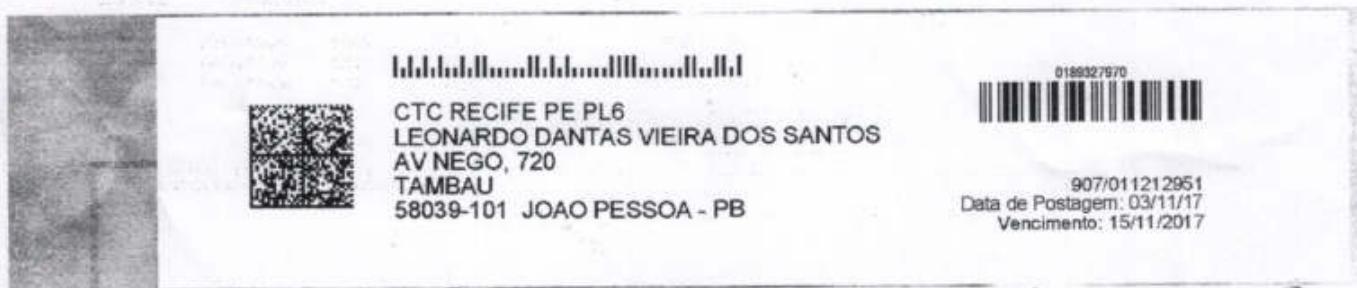
CORNS Base de Cálculo: 129,90 Alíquota: 3,00% Valor: 38,97  
ICMS Base de Cálculo: 129,90 Alíquota: 30,00% Valor: 38,97  
PIS Base de Cálculo: 129,90 Alíquota: 0,65% Valor: 38,97

Reservado ao Fisco  
F309\_409A\_04FB\_01A3\_A673\_019F\_B388\_E037

- Contribuição para o Fundo 1% e Funttel 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicação - Não representada em cálculo. Base de cálculo do ICMS reduzida conforme art. 33, inciso X, do Decreto Estadual nº 18.930 de 19.06.97 /Decreto de Abandono ANATEL 1331 / Lei 12.741/12 - ICMS TOTAL 38,97 - PIS TOTAL 38,97 - COFINS TOTAL 38,97



Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.



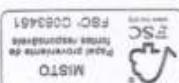
CTC RECIFE PE PL6  
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS  
AV NEGO, 720  
TAMBAU  
58039-101 JOÃO PESSOA - PB

0189327970  
Data de Postagem: 03/11/17  
Vencimento: 15/11/2017

SINCOR/PB  
28 FEV. 2018

Retirado a seu pedido	Mudou-se	Endereço insuficiente	Ausente	Não procurado	Retirado a seu pedido	Responsible
/	/	/	/	/	/	/
PARA USO DOS CORREIOS						

364937  
ET00715112017\_388481.mm (Mp\_APNN)  
S/0027970



CONFERIDO COM O ORIGINAL



REMETENTE:  
DEVOLUGAÇÃO ELETRÔNICA - CEOO  
CAIXA POSTAL 142.301  
SÃO PAULO - SP  
CEP 04128-970



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442

Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 14

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Para pagar sempre pague dentro da data final constante da fatura que aciona o N° 024.265.063



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-060  
CNPJ 09.885.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA ALVES  
RUA EDMUNDO FILHO 1010  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/107747-8**

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

**MAI/2019**

**03/05/2019**

**86**

**10/05/2019**

**R\$ 30,78**

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



MARIA DE FATIMA ALVES

Rotuliro: 01-006-107-0140

83640000000-3 30780149000-3 01077472019-8 05500006019-8



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
10/05/2019	R\$ 30,78	107747-2019-05-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 14:33:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062614333050100000030527442>

Número do documento: 20062614333050100000030527442

Num. 31842023 - Pág. 15



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO DANTAS V. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 015.946.514 / 18  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FÁBIO ALVES DA SILVA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 054.715.494 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
FABIO ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.715.494 / 01, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>AV: Nego</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>TAMBAÚ</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58039-101</u>
Email <u>ADVLEDDANTAS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9576-0695</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9133-0604</u>	

JOÃO PESSOA, 22 de FEVEREIRO de 2018 CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data

Assinatura do Declarante

SINCOR/PB

28 FEV. 2018



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Paula Alves da Silva,

RG nº 2.605.009, data de expedição 11/10/2016

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.061.984-44, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Antônio Gramame - Q370 L 135 Gramame, nº S/N, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Fábio Alves da Silva, cujo o condutor era Fábio Alves da Silva.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / CB 300

Ano: ANO FAB. 2009 / ANO MOD. 2010

Placa: NPW 4480/PB

Chassi: 3C2NC4320AR000918

Data do Acidente: 16/09/2017

Local e Data: Bairro São José - Rua Edmundo Filho, João Pessoa, João Pessoa, 31 DE OUTUBRO DE 2017.

Ana Paula Alves da Silva

Assinatura do Declarante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fábio Alves da Silva

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



SINCOR/PB

28 FEV. 2018



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Paula Alves da Silva,  
RG nº 2.605.009, data de expedição 11/10/2016  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.061.984-77, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AV Sítio Gramame-Q570 L. 135 gramame, nº 51N,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Fábio Alves da Silva, cujo o condutor era  
Fábio Alves da Silva.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA /CB 300

Ano: ANO FAB. 2009 / ANO MOD. 2010

Placa: N PW 4480 / PB

Chassi: 3C2NC4320AR000918

Data do Acidente: 16/10/2017

Local e Data: João Pessoa - Rua Padre Luís Filho, João Pessoa,  
João Pessoa, 31 de outubro de 2017.

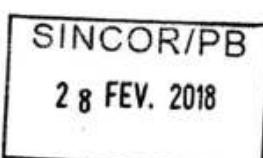
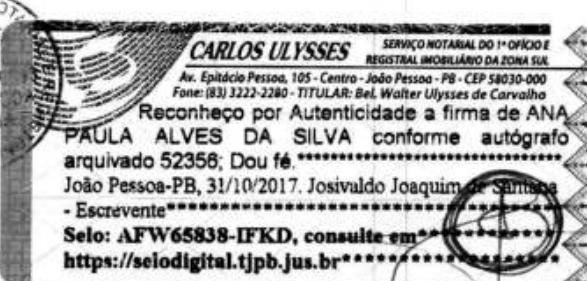
CARTÓRIO  
CARLOS ULYSSES

Ana Paula Alves da Silva  
Assinatura do Declarante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fábio Alves da Silva

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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85  
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885  
Nº PRONTUÁRIO 104.293  
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 09:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
CID 10 S 82.1

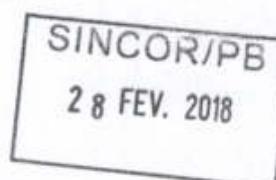
### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TC do joelho D  
RX do joelho D - AP e P  
RX da coxa D - AP e P  
RX da perna D - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MEDICO DOUTOR / ETSM  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85  
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885  
Nº PRONTUÁRIO 104.293  
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 09:21  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA  
CID 10 S 82.1

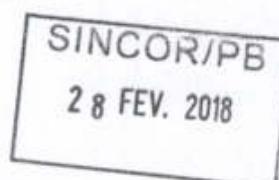
### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TC do joelho D  
RX do joelho D - AP e P  
RX da coxa D - AP e P  
RX da perna D - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MEDICO DOUTOR / ETSM  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA  COD. RENAVAM  2017000000001400 EXERCÍCIO:

1 0017443773-0 00/00000000 2017

ANNA PAULA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ

01406198447

PLACA ANT./UF

NOVO PB

9C2NC4320AR000918

PLACA

NPW4480/PB

CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA / MODELO

HONDA/CB 300 R

CAP / POT / CIL

2 P/291 /CI

COTA UNICA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB. - ANO MOD.

2009 2010

CATEGORIA

PARTIC

VENC. COTA UNICA

COR PREDOMINANTE

AMARELA

VENC / COTAS

1<sup>o</sup>

2<sup>o</sup>

3<sup>o</sup>

FAIXA IPVA.

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\* 0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 09/10/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL

DATA

JOÃO PESSOA-PB

09/10/2017

40592

2011



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS FISCAIS PARA AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748318145 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 09/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 01406198447 PLACA NPW4480/PB

RENAVAM 00174437730 MARCA / MODELO HONDA/CB 300 R

ANO FAB. 2009 CAT. TANDE 9 NP CHASSI 9C2NC4320AR000918

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

SEGURADO

PAGO

PAGAMENTO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04

40592-1233215-20171009



SINCOR/PB

28 FEV. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA: CÓD. RENAVAM: 201700000101400 EXERCÍCIO:  
1 0017443773-0 00/00000000 2017

ANA PAULA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ	PLACA		
01406198447	NPW4480/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO	PB 9C2NC4320AR000918		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.		
HONDA/CB 300 R	2009 2010		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
	COR PREDOMINANTE		
2 P/291 /CT	PARTIC		
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA		
I	00/00/0000		
P	FAIXA I.P.V.A.		
V	PARCELAMENTO / COTAS		
A	***** 0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO PAGO	09/10/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL	DATA		
JOAO PESSOA-PB	09/10/2017		
2011	40592		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS OCORRIDOS POR AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748318145 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	01406198447	NPW4480/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00174437730	HONDA/CB 300 R	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	
2009	9	
ESPECIE TIPO	CHASSI	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC.	9C2NC4320AR000918	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	DEVERÁ SER PAGO PELO DESENHADOR (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
09/10/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.346.608/0001-04

40592-1233215-20171009



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A  
15 MAIO 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190325674      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 16/09/2017      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 24/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.5

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190325674      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 16/09/2017      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 24/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180097578      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 16/09/2017      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 12/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:** DOR E EDEMA

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 %

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

