



Número: **0800759-22.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **14/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL SERAFIM DE LIMA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32281 833	13/07/2020 15:02	<u>2733528_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda 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 COAF²**.

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 Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Gerafim de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Rafael Gerafim de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ **COMPREV** (apresentando PROVA DE INSCRIÇÃO COMPROBATÓRIOS: _____).
_____ 25 OUT. 2018

Recuso informar

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>	<u>58</u>	<u>casa</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>PB</u>	<u>58.780-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>sergao.assessoria@hotmail.com</u>	<u>83/999471520</u>	<u>83/996978811</u>	

Itaperanga, 10 de Maio de 2018.
Local e Data

X Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAINA, 59 - CENTRO
ITAPIORANGA / PB CEP: 56780000 (AG: 154)
Emissão: 13/06/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL, MONOFÁSICO Endereço: Rua 20, n° 25 - Distrito Referente: Japé - Petrópolis / PB - CEP 58071-090
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880
NP medidor: 01009205001

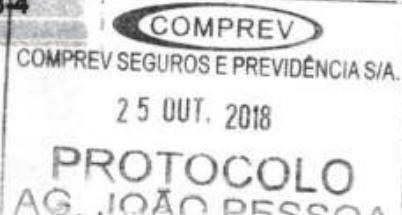
ENERGISA PARAIBA - DIST. 18/19/20/21 DE ENERGIA S/A
Endereço: Rua 20, n° 25 - Distrito Referente: Japé - Petrópolis / PB - CEP 58071-090
CNPJ: 09.951.163/01.11-40 - Insc Est: 16.015.023-0
Setor: 7 - 154 - 25 - 3880
Número Fazenda: 00009205001
Data Fazenda: 00009205001

Atendimentos ao Cliente ENERGISA 0800 063 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.064-09 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leritura	Data	Leritura							
13/09/18	10296	13/09/18	10340							
Demonstrativo										
CCP	Descrição	Geração	Tarifa	VLR Base Cac	Alo. Ima(%)	Base Cac	Pag(%)	Outros(%)		
0601	Consumo em kWh	43.000	0.586410	34.31	0.00	0	0.00	34.31	0.10	0.00
				2.25	0.00	0	0.00	2.25	0.02	0.00

ANTONIO CELESTINO PEREIRA
SIT MATA VELHA, S/N - ÁREA RURAL
SAO JOSE DE CAIARA / PB CEP: 58784000 (RG: 154)

Emissão 28/09/2018 Referência Set/2018
Classe/Subclasse RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotativo: 18 - 180-853-1370 Número de leitor 00001138926

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-680
CNPJ 09.165.180/0001-40 - Insc Est 16.015.623-0

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica N°019 216 441
Cód. para Dáb. Automática: 00011902004

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
Nota Fiscal - Cartão de Energia Elétrica N°013 216
Cód. para Díta Automatizada: 00011942
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	28/09/2018	25/10/2018	

20/09/2018 30/10/2018 031.003/94-89
UC (Unidade Consumidora): Insc Est

5/11952009

Anterior	Atual	Consta		
Data 30/09/18	Lectura 8281	Data 28/09/18	Lectura 8287	
CCD	Descrição	Demonstrativo		
		Quantidade	Taxa of.	Valor Bruto
			Tributos Totais R\$	ICMS
0801	Custo de Disponibilidade			12,57
0801	ABIC B Vermelha			1,67
0810	Subsídio			5,38
0804	JUROS DE MORA 08/2018	LANCAMENTOS E SERVIÇOS		
0825	MULTA 08/2018			0,02
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,26
0806	Desvaliação Subsídio			0,01
				-6,15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

**PROTÓCOLO
DE ATUAÇÃO PESSOAL**



E.C.G.

NORMAL ALTERASO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

DESOBSTRUÇÃO VIAS AERÉAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O₂) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MÉMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)****ENCAMINHAMENTO**

UBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL

SENTADO PRISMA (SUSPENSÃO DE CABEÇA PARA CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX TÉC. DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____





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 Rafael Serafim de Lima CPF da Vítima 130.403.624-37 Data do Acidente 13/07/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<u>seriao.assessoria@hotmail.com</u>	<u>83 994471520 / 99697881</u>

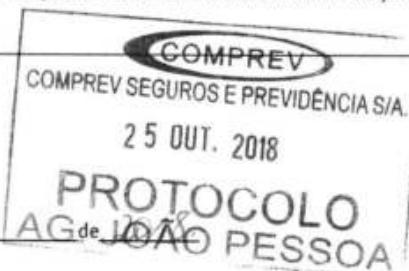
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 as 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.



X Rafa Serafim de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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 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 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
	130.403.624-37	Rafael Serafim de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rafael Serafim de Lima	CPF titular da conta 130.403.624-37	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Mata Velha	Número 311	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade São José de Laranjeiras	Estado COMPREV
Email setor.assessoria@hotmail.com	CEP 58.784-000	Telefone (DDD) 83 9915201996978811

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, 2018 no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input 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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 3571	CONTA NRO. 30.469	D/V 2	AGÊNCIA NRO. CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	NRO. _____	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaperanga 10 de Maio de 2018
Local e Data

X Rafael Serafim de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Nº Sinistro: 3180504408
Vitima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Data do Acidente: 13/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504408**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13528366

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Nº Sinistro: 3180504408
Vitima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Data do Acidente: 13/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pag. 00571/00572 - carta_03 - INVALIDEZ



0050286

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Carta nº 13531093

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Nº Sinistro: 3180504408
Vitima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Data do Acidente: 13/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pag. 005/073/00574 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

Carta nº 13531629

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT





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

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180504408 Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Data do Acidente: 13/10/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Sobrenome: RAFael SERAFIM DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido de Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atores e contextos



Seguradora Líder DRVAT

Estamos aqui para Você

carta nº 14241059



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2020 15:02:54
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131502543750000030931941>
Número do documento: 2007131502543750000030931941

Núm. 32281833 - Pág. 11

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390893/18

Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

CPF: 130.403.624-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

RAFAEL SERAFIM DE LIMA : 130.403.624-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/10/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2020 15:02:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071315025437500000030931941>
Número do documento: 20071315025437500000030931941

Num. 32281833 - Pág. 12



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAINA, 59 - CENTRO
ITAPIORANGA / PB CEP: 56780000 (AG: 154)
Emissao: 13/06/2018 Referencia: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Endereço: Rua 20, n° 25 - Distrito Referente: João Pessoa / PB - CEP: 58071-000
Rodovia: 7 - 154 - 25 - 3880
NP medidor: 01009205001
Neto Fazal / Conta de Energia Elétrica NUT: 261.044
Geração para R\$ - Antecipado: 000000270424

Atendimentos ao Cliente ENERGISA 0800 063 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.064-09 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/27663-4

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
13/09/18 10296 13/09/18 10340				
CCI Descritivo	Genro/End. Tarifa/	Vlr Base Cac	Alo. Imp/00	Base Cac Pag/00
	Tributos/Trib/00	ICMS/00	ICMS	PfCo/00/00 (0,0000%) (0,7164%)
0601 Consumo em kWh	43.000 0.586410	34,31	0,00	0,00
0601 Adic. B Vermelha		2,25	0,00	0,00
			2,25	0,02
				0,00

Declaração:

Eu, RAFAEL SERAFIM DE LIMA, portador do RG nº 4.205.215, SSP/PB e CPF nº 130.403.624-37, residente no Sítio Mata Velha, s/n, área rural, São José de Caiana, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, 13/10/2016, fui vítima de acidente de trânsito, tendo em vista que o veículo que eu viajava encontrava-se em dias, mas como estava em nome de terceiros, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, desta forma, sendo feita a mais lídima justiça.

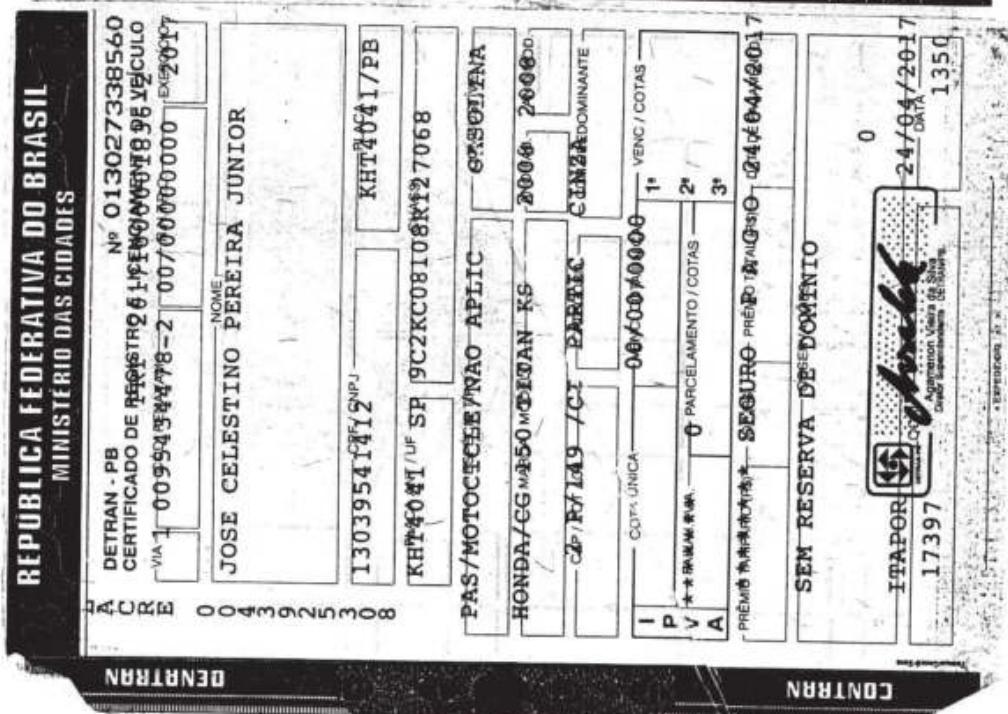
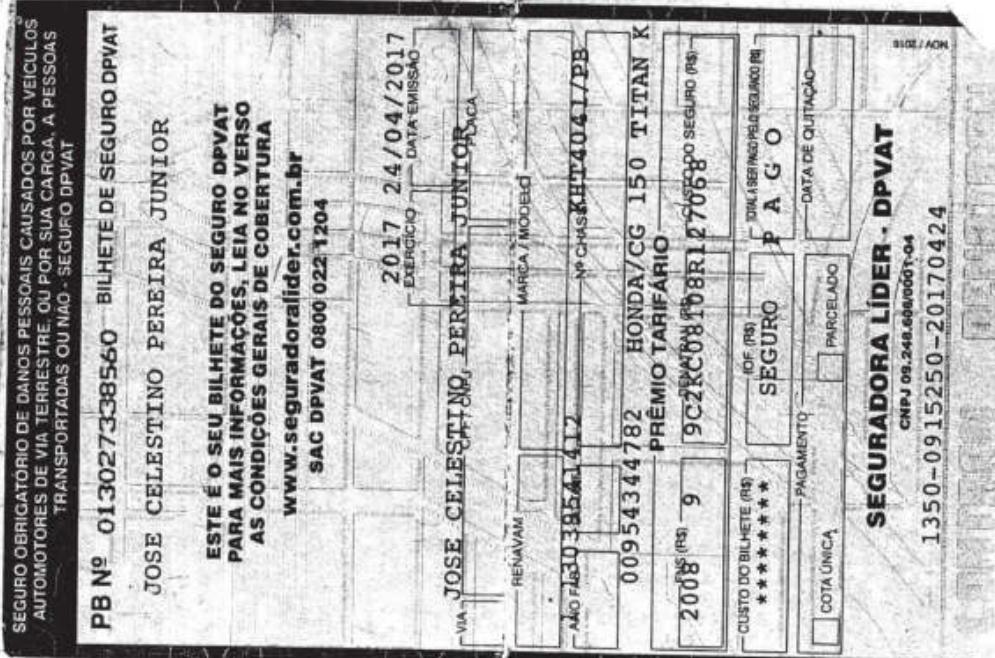
Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 11 / Outubro / 2018



Gilson Rodrigues dos Santos
PROCURADOR







Dr. Fernan

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Tijaparanga
PARA: Pelos
ENCAMINHO: Rafael Sampaio do Lira IDADE: 21 SEXO: Masc.
RESIDENTE: Sítio Mata Velha
MUNICÍPIO: Tijaparanga UF: Paraíba
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C. _____ PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Encaminho o paciente Rafael Sampaio de Lira, com fratura em Fíbula direita, o mesmo veio de acidente automobilístico, devido a colisão do lado esquerdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
25 OUT. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Philippe W. Syde Figueiredo
MÉDICO
CRM PB 10513

13/10/16 HORA: 20:30





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 82523 Data/Hora: 14/10/2016 11:03:00
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)

Servidor do Dr.: _____

Paciente RAFAEL SERAFIM DE LIMA Idade: 21 Sexo

Filiação
Pai: DELMIRO SERAFIM DE LIMA
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

Endereço
Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002
Endereço: SITIO MATA VELHA N.
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: ITAPORANGA - PB
Fone: (83)99811-5153

Documentos _____
CNS: 204-0379-0268-0007
Identidade: _____
CPF: _____
leg. Nasc. _____

Informações adicionais _____

Nascimento 17/11/1994
Cor. PARDAS
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos órgãos) **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: _____

Motivo da Alta: _____

Resultado: Saíu Curado Melhorado Falecido Transferido Em, _____ / _____ / _____





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

		Enterraria	Lotto	Nº Prontuário
Agente de Ambulância	<i>Bogol Sogum Lays</i>		Idade	Sexo
Sexo				Cir.
Respiração		Temperatura	Peso	Altura
Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Unha	Outros
Ac. Respiratória			Aasma	Bronquite
Ac. Circulatória			Eletrocardiograma	
Ac. Digestiva	Dentes	Pescoco	Ac. Urinária	
Batedo Nariz	Ataxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pre-Operatório	<i>Sofáce de Pessoas</i>		Estado Físico	Risco
Anestésicos Anestóticos				
Medicamento Pre-Anestóticos		Aplicada em	Efílio	
Agente de Ambulância	12	INDUÇÃO		
Leptos	<i>12 33</i>	Satisfeita	Excit.	Tosse
		Laringo Espasmo		Lenta
		Náuseas		Vômitos
		Outros		
		MANUTENÇÃO		
Q.D. O. I. C. O. EV. ANESTÉSICO INHALACIONAL V./ A. ESTÉTICA ORNITACAO	170			
	140			
	120			
	100			
	80			
	60			
	40			
	20			
	0			
		Anestesia Satisfeita Sim _____ Não _____ Não, porque? _____		
		DESPERTAR		
		Reflexos na SO _____ Obstr. CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____		
		COMPROV. COMPRA SEGURO SE PREVIDENCIA S/A 25 OUT. 2018		
		PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA		
		CONDICIONES		
Agente	<i>at</i>			
Agente	<i>meus</i>			
Operador	<i>23 qual</i>			
Observador	<i>Veljovs 23 - 10/09/2018</i>			
Anestesista	<i>ARTC 200</i>			
Observador	<i>OP 27/09/2018</i>			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Fábio Serradim Junes					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
QT. 70	LEITO 04	CONVENIO SUS	IDADE 31 anos	REGISTRO 82523		
CIRURGIA TTO. Cirurg. End. Fibroscópico			CIRURGO Dr. Marcelo Alves			
ANESTESIA Roxana			ANESTESISTA Dr. Marconi			
INSTRUMENTADORA		DATA 19/10/16	INÍCIO 11:10hs	PIN	HOSPITAL REGIONAL DR. JANUARY CARNEIRO	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Insetação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain Pessas		Atadura de Crepom 10cm
	Halcetano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilocalcina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalcina a 2%	1	Espadrapo
	Etodolac		Xilocalcina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Alegdão Hidrófilo
	Narcan	1	Alegdão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml	COMPREV	
	Prostagmine	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA	
	Atropina	25/01/2018	
	Adrenalinha	PROTÓCOLO	
	Efortil	AG. JOÃO PESSOA	
	Gefaleptina 15g	Cabo 3 galões	
	Dixtal		
	Plasti		
1	Dipirona		
	Espirin 6000 VI		
	Tilastil		
	Amicacina 800mg		
	Aguilha de Raque Descartável		
	Abboceite 20 e 22		
	Polycot 0 s/ agulha		
	Onfurex 2,5 s/ agulha		





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Roguel Sengen Iwam</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Marcelo Alves</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Ivan</i>	
Anestesista <i>Dr. Moreira</i>	Tipo de Anestesia <i>Roguel</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de fibula direita</i>		
Tipo de Cirurgia <i>osteosíntese com placa + Parafusos + Parafusos intramedular</i>		
Diagnóstico Pós Operatório <i>com</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato	COMPREV	
Acidente Durante a Cirurgia	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 25 OUT. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA		

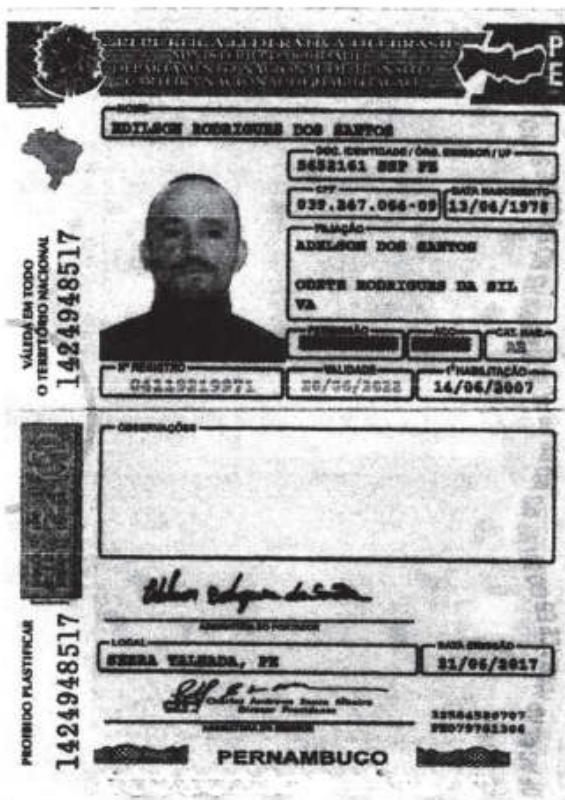
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- Parte - > DNA e S3 mediana
- Anterior + obliqua e costas
- Iman - nenhuma lateral a Tongue P
- Aberto - por ferida + fibrolipoma + foco de fratura + nenhuma unha + Fracô de ferida + placas 1/3 diante + Parafusos 10mm + Parafusos intramedulares + limpeza de S.R + Sutura em placa + unha

*Protocolo At
A
PH 7/2018*





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAINA, 59 - CENTRO
ITAPIORANGA / PB CEP: 56780000 (AG: 154)
Emissao: 13/06/2018 Referencia: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Endereço: Rua 20, n° 25 - Distrito Referente: João Pessoa / PB - CEP: 58071-000
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 | NF medida: 01009205001
Neto Fazal / Conta de Energia Elétrica NUT: 261.044
Gba para R\$ - Autentificado: 00009270424

Atendimentos ao Cliente ENERGISA 0800 063 0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Set / 2018	13/09/2018	15/10/2018	039.247.064-09 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/09/18	Lectura: 10296	Data: 13/09/18	Lectura: 10340	1
Desmontativo				
CCJ Descupla		Geração de Tarifa d' Álcool, Imposto de Renda, ICMS e IPI		
		Tributos Tributários: ICMS/RD, ICMS, PIS/Cofins/RD, (0,0368%) (0,7164%)		
0601 Consumo em kWh	43.000 0.586410	34.31 0.00 0 0.00	34.31 0.10 0.00	
0601 Adic. B Vermelha		2.25 0.00 0 0.00	2.25 0.02 0.00	



CÓDIGO DE CONTROLE
BBEA.C1F1.F6FF.6B4F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:09:03 do dia 29/12/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

