

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498527

Vítima: DAVID DA SILVA BRITO

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID DA SILVA BRITO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: **DAVID DA SILVA BRITO**

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

Banco: **104**

Agência: **000003348**

Conta: **0000000602-8**

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, 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.

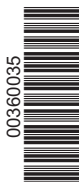
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498527

Vítima: DAVID DA SILVA BRITO

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID DA SILVA BRITO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.565.844-00 Nome completo da vítima: David da Silva Brito

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

Nome completo: David da Silva Brito CPF: 011.565.844-00

Profissão: Recusado Endereço: R. Fern. Roberto Ucarinha Número: 260 Complemento: _____

Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58303-345

E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

REDA 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: 3348 CONTA: 00602 8

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

26 AGO. 2019

Assinatura

PROTOCOLO

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09157.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09157.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 13 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **David da Silva Brito**, CPF nº 011.565.844-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operador de Máquinas, filho(a) de Maria das Dores da Silva Brito e Armando Luiz de Brito, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/07/1979 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornalista Roberto Marinho, Nº 260, bairro Tibiri Ii, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Odilon Ribeiro Coutinho, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98611-2467.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Dom Pedro II, Após o Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 27/01/2019 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa da moto, tipo HONDA/XRE ano/mod: 2017/2017, de cor verde de placa: QGH7356/PB CHASSI: 9C2MD4100HR020710 - pertencente e conduzida na ocasião pela Sra. Alexandra Silva Ferreira portadora do CPF: 037.139.424-47-, pela Av. Dom Pedro II; Que vinha na garupa da moto quando a motorista, a Sra. Alexandra foi trancada por um veículo não identificado/que evadiu-se do local. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, pelo SAMU para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e em seguida transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0787/2019, FRATURA DE OLECRÂNIO DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

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, 13 de agosto de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


DAVID DA SILVA BRITO
Noticiante



Procedimento Policial: 09157.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 011.565.844-00 Nome completo da vítima: David da Silva Brito

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

Nome completo: David da Silva Brito CPF: 011.565.844-00

Profissão: Recusado Endereço: R. Fern. Roberto Ucarinha Número: 260 Complemento: _____

Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58303-345

E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

REDA 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: 3348 CONTA: 00602 8

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 200965 Atd: Nao Regu
Data: 27/01/2019
Hora: 20:24:09
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAVID DA SILVA BRITO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.01.003170

CNS: 898050065613416 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987247978

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 24/07/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA JORNALISTA ROBERTO MARINHO, 269

Bairro: MUNICIPIOS Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA DAS DORES DA SILVA BRITO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO VEICULO X MOTO

Vitima de violencia por: O MESMO NAO DEU MAIORES INFORMAÇÕES

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:

FR:

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

26 AGO. 2019

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2s:

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Exame Principal

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL CONFORME
REACUACAO

SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Transtorno com fratura exposta de osso
com mais de 6 horas de
exposição. Alerte 15 h. Chama

Prescrição

1 Rx
2 SAT + ATG RPTD no trauma
3 ATG RPTD no trauma

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: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID DA SILVA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000000602-8

Nr. da Autenticação 1E48A5039C0088F6

Apri verte e regala il tuo sorriso.

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 028.333.126



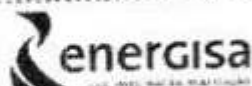
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.815.822-6

DADOS DO CLIENTE	
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA	
RU/AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08	
JOÃO PESSOA	

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	19/07/2019	168	26/07/2019	R\$ 150,11

Acesse: www.energisa.com.br



SENTAR AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-085-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/07/2019	R\$ 150,11	1698358-2019-07-0

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | **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/DOCDORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAP².

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 Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

David da Silva Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.565.844/00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima David da Silva Brito

inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.565.844/00 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 à 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandra Silva Ferreira
RG nº 2181465, data de expedição 09/01/19, Órgão SSPB
portador do CPF nº 037.139.454-47, com Domicílio na
cidade de Santa Rita no Estado de Roraima, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Jorn. Roberto Marinho
nº 260, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Daniel da Silva Brito
cujo o condutor era Alexandra Silva Ferreira

Veículo: moto
Ano: 2017
Modelo: HONDA / XRE
Placa: AG H 1356 / PM
Chassi: 9C2ND4J00HR020710
Data do acidente: 27-01-19

Local e data: Boyena, 31-07-19

☒ Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

☒ Alexandra Silva Ferreira
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
acidente) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

 **Santiago Pereira**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Av. Liberdade, 343 - São Paulo
Pomília - CEP: 05013-000
Fones: (83) 3230-4798

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-007115
Reconheço por autenticidade a firma de:
ALEXANDRA SILVA FERREIRA
Dau fé, em testemuho da verdade. Boyena - PB, 31/07/2019 15:46:12
EMOL: R\$0,61 FEPJ: R\$1,98 FAPEN: R\$0,29 ISS: R\$0,50
SELO DIGITAL: AIY22793-03XN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Paulo Roberto Borges Santiago
PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRIVÃO

 
REV.
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
26 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0787/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 200965 e prontuário 2019.01.003170 pertencentes a **DAVID DA SILVA BRITO** que foi atendido dia 27/01/2019 às 20H24min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em cotovelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de olecrânio direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/02/2019 com alta médica dia 06/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de maio de 2019


Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516

Médica
CRM/PB 4516





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32185700

CNES: 445365

Paciente: DAVID DA SILVA BRITO	BAE: 1138843	Data/Hora Entrada: 27/01/2019 16:34:18	Data Baixa: 2019-01-27 16:35:34.0
Data de Nascimento: 24/07/1979	Idade: 39a 6m 3d	Sexo: Masculino	CNS: 898050065613415
Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA BRITO			Telefone da Contato: (83) 87247978
			Prontuário: 34223
Endereço: Rua Coronelista Roberto Manhão, 260	Cidade: Municípios	Município: SANTA RITA	UF: PB
Modo de Chegada: ACIDENTE DE MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional: 9603/
Classificação: 27/01/2019 16:34:18		Data/Hora Prescrição: 27/01/2019 16:35:35	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO COTOVELO DIREITO, COM FERIMENTO SANGRANTE.

FERIMENTO SANGRANTE NO COTOVELO DIREITO. DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO. NEUROVASCULAR NORMAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES.

RX: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

CD: ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO; ANALGESIA + TALA + SAT + ANTIBIOTICO. STAFF: DR STEFERSON

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Ata Hospitalar

Ata de:	Observações
FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS Data e Hora: 27/01/2019 16:35:34	ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO COTOVELO DIREITO, COM FERIMENTO SANGRANTE. EF.: FERIMENTO SANGRANTE NO COTOVELO DIREITO. DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO. NEUROVASCULAR NORMAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES; RX.: FRATURA DO OLECRANO DIREITO. CD.: ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO; ANALGESIA + TALA + SAT + ANTIBIOTICO. STAFF: DR STEFERSON

Dr Francinêlio Freitas
Médico
CRM PB 9603 /
CNS 703404579057800-

FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

DAVID DA SILVA BRITO

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____ [] HTF
Cirurgias: _____
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *Rx exposto a Obstrução Intestinal*

Conduta: *LMC + Imunização + Antibiótico*

Dr. Males Farias
Médico
CRM 198799

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Paulo R Silva Filho</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>27/01/19</i>	Cirurgião: <i>R. T. Silva Filho</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>João</i>		Tipo Anestesia: <i>geral</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>fx de xisto e osso</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LMC</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Pac em DMH 503 5 Fm 2m
- 2060mg 1,250g 5 mm
- 0,01g 20 2m

Incisão:

- A incisão é feita no ponto de Puro

Achados:

- Ex. exposto com 02 fôrmas auto aderentes
ou 2 fôrmas com Superfície

Conduta:

- Limpar a sf obstruções
- Sução
- Aspirar
- Imprimir

Fechamento:

OBS:

300. 1000g 5 2m 2m 2m 2m

Data:

28/01/19

DR. Thales Farias
Médico
CRM 8799
MÉDICO/CRM

Nome: DAVID DA SILVA BRITO				Registro:
Idade: 39	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:
Data: 06/ 02 / 2019			Cirurgião: <i>Thales COUCEIRO</i>	
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>	
Anestesista: RIBAMAR			Instrumentador: MARIA DA LUZ	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<i>Fratura do Olecrânio DIREITO</i>				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				
<i>Osteossíntese do Cotovelo BANDA DE TENSÃO</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito Cirúrgico				

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

127.26997.44-0

3595684

0050

PB

David da Silva Brito



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



[Signature]
 ANDREW J. GORDON, JR., VICE PRESIDENT, GENERAL MANAGER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / OUTRA IDENTIDADE
2627718 SSP PB

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

MUNICÍPIO
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
ACD CAT 02

1ª EMISSÃO
16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

ASSINATURA DO TITULAR
ALEXANDRA CESAR DUARTE

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMITENTE
Rodrigo Carneiro/br 66588356744
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498527 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID DA SILVA BRITO **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO/BANDA DE TENSÃO E ALTA MÉDICA P.01/02/03/04/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: DAVID DA SILVA BRITO, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão oper. de máquina, residente e domiciliado à Rua Jorn. Roberto Marinho nº 260, bairro Tiburi, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58303-345, portador(a) do Rg nº 2225911, SSP/ PB e CPF nº 011.565.844-00

Outorgado: Alexsandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-389, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) David da Silva Brito, ocorrido em 27/05/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

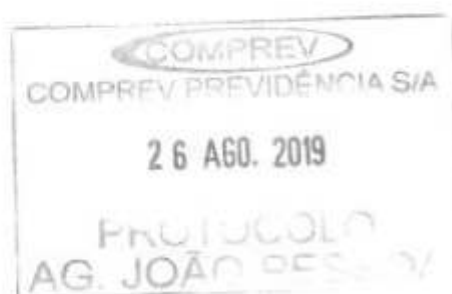
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização do Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita 05 de junho de 2019.



David da Silva Brito
Outorgante
CPF Nº 011.565.844-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292986/19

Vítima: DAVID DA SILVA BRITO

CPF: 011.565.844-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAVID DA SILVA BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

DAVID DA SILVA BRITO : 011.565.844-00

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: 26/08/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO