



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 010/2016**

**Verando sobre:** Acidente de Trânsito

**Data e hora do fato:** 31/07/2016, às 16h00min.

**Local do ocorrido:** \*\*, São José da Lagoa Tapada/PB.

**Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento:** 25/08/2016, às 11h 20min

**COMUNICANTE:** LOURIVAL FILHO DINIZ, alameda \*\*, Filiação: Lourival Gabriel Diniz e Francisca Filha da Conceição; Profissão: agricultor; Estado Civil: casado; Naturalidade: São José da Lagoa Tapada - PB; Nacionalidade: brasileira; Cor: branca; Data de Nascimento: 10.05.1962; Endereço Residencial: Sítio Castinga, São José da Lagoa Tapada - PB; Endereço Profissional: \*\*, Telefone \*\*, Portador da CI/RG nº: 2028607 - SSP/PB, Título Eleitoral \*\*, CPF 062.966.264-95.

**VÍTIMAS:** o comunicante.

**HISTÓRICO:** QUE no dia 31.07.2016, por volta de 16h, estava trafegando nas proximidades da entrada da cidade de São José da Lagoa Tapada, guiando a motocicleta de sua Nora CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA, uma HONDA NXR 160 BROS ESD 2015/2015, PLACA OFG 8213/PB, COR BRANCA, quando sofreu um acidente derrapando numa estrada de terra, vindo a cair e ficar com várias escoriações pelo corpo e um traumatismo no maxilar em decorrência da queda; QUE deseja certidão para fins de DPVAT. Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estará sujeito, caso o quanto aqui declarar não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 25 de agosto de 2016.

**AUTORIDADE POLICIAL:** Del. Pol. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA

**COMUNICANTE:** \_\_\_\_\_

**ESCRIVÃO:** \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*

Mod. 1. 368.557-7

*copiã*

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2430255 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042751344-86, residente e domiciliado na SITIO CAATINGA, ZONA RURAL, Cidade SÃO JOSE DA LAGOA Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valdir Pereira da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SÃO BENTO, 16 DE SETEMBRO DE 2016.

Local e data

Serviço de Inspecção de IML  
23/9/2016 17:21 - 0000000716



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613478 CNPJ: 08.778.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRAN,...

ENDERECO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO N° 433 CPE: 58.802.180.

MUNICIPIO: SOUSA

ESTADO: PARA/BAUF:PS

**PACIENTE:**

SUS: 704.5083.3405.1612 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: m RAÇA: D3

DATA NASC: 10/06/62 PROFISSÃO:

**ENDERECO:**

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: São José da L. Itapaci

ESTADO: PB CEN: 58.815.970 DOCUMENTO:

DATA DO ATENDIMENTO: 31/07/16 COD. MUNICIPIO: . . .

CONTATO ( ) - Mãe

**Acompanhante:**

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Prévue proximo de J. José das L. Tapada, Vitoria  
de grande autoconhecimento, 1942-1943.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

## RESULTADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS E OUTROS RESCUES

1. 1) 8th 100 yd (10)  
2. 2) 8th 100 yd (10)  
3. 3) 8th 100 yd (10) can in 10  
4. 4) 8th 100 yd (10)  
5. 5) 8th 100 yd (10)

DIAGNOSTIC: *Chlamydia*

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**  
**NATUREZA DA CONSULTA**

CONSULTA BASICA (PAB):\_\_\_\_\_

CONSULTA ESPECIALIZADA: \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

- |     |   |
|-----|---|
| 01- | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG                                 |
| 02- | PRIMEIRA CONSULTA: (I) LÉVIA)                                   |
| 03- | CONSULTA SUBSEQUENTE: (I) LÉVIA)                                |
| 04- | ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE         |
| 05- | VACINAÇÃO DE ROTINA   |
| 06- | VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (DIFERENÇA DE SITUAÇÕES PARTICULARES);    |
| 07- | VACINAÇÃO DE CAMPANHA;  |
| 08- | PRIMEIRA CONSULTA ANUAL (EXEMPLO: EMERGÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE |
| 09- | CONSULTA SUBSEQUENTE (EXEMPLO: EMERGÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.   |

## MEDICACÃO

## ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRITO ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERNA ☐  
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ DITO ☐ OUTROS

SERVICÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMIENTO CBO

ID&amp;BF

Recepcionista:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO RESPONSÁVEL

PELEGAZ DIREITO

Ernst de A. Rieunt

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARINHO

ASS. DC REV. 5 DR  
ADMINISTRATIVE-CARIM 2 C

Pituares com frans do  
folo.

Gracioso do Bico Negro Friaal.  
de Oropedina

Dr. Marco Antônio B. Bello  
Ondes 554  
UBM-295768 / CRM-CX.10029

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WALDIR PEREIRA DA SILVARG nº 2130255, data de expedição 02/02/2000, Órgão SSP-PR.

CPF nº 042751344-86 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO CAATINGA</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ARCA NUPAL</u>
Cidade	<u>SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58815 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99538661</u>
E-mail	<u>ROGACIANDADVS30@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOSE DO RIO 16 DE SETEMBRO DE 2016.Assinatura do Declarante: Waldir Pereira da Silva.

SEI/PR-2006-1108 DEPUT 23 4 26/04/2017 17:20 - DCE/PR-2006-1108

JOSEFA RODRIGUE DA SILVA DINIZ  
SIT CAATINGA, S/N - AREA RURAL  
SAO JOSE D'ALAGOA TAPADA - PB CEP 58215000 (AG 177)

Classificação RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230,6m25 - Onix Rede-Liv. Joo Pessoa/PB - CPF 580914090  
Fatura 15 - 192 - 705 - 2212 Referência Ago / 2016 CNP 208 086 163 0001-40 Ins. Est 16 015 823 0  
Fornecedor 00000001523 Emissão 28/08/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.086.163/0001-40 Ins. Est 16 015 823 0

Nota Fiscal/Contador: Energia Fatura/F001 218 234  
Código para Dbito Automático: 00017222226

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1722222-5

Canal de contato

Ago / 2016

Apresentação

26/08/2016

Data prevista da  
próxima leitura

28/09/2016

CPF/CNPJ/RAR

705193465

Ins. Est

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 21/08/2016 PAGAS  
OBRIGADOR

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/07/16	249	26/08/16	253	1
				4
				50

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			12,54
PS			0,04
COFINS			0,27
LANÇAMENTOS E AJUSTOS			
JURIS DE AGRAVOS 07/2016			0,10
MULTA 07/2016			0,32

Histórico de Consumo  
(kWh)

Jul/16	5
Jun/16	24
Mai/16	0
Abr/16	5
Mar/16	0
Fev/16	5
Jan/16	30
Dez/15	17
Nov/15	4
Out/15	7
Set/15	14
Ago/15	4

Média dos últimos meses  
10 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	4,00	0,00	0,00
PS	12,50	0,3766	0,04
COFINS	12,60	1,7383	0,22

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

02/09/2016

R\$ 13,22

cc54.57df.933f.042e.6824.Dd90.077a.289d

Indicadores de Qualidade 8/2016 - São Gonçalo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
SIGMA	19,00	0,00			Perdas da Ode de Energia PB	4,82	36,10
DE FALHAS	27,15				Consumo de Energia	3,07	45,99
DE FALHAS	54,31				Consumo de Transmissão	0,36	2,72
DE FALHAS	8,00	0,00			Consumo de Distribuição	1,47	11,14
DE FALHAS	18,00				Outros Serviços	0,69	5,16
DE FALHAS	32,16						
DE FALHAS	7,00	0,00					
DE FALHAS	16,00						
					Total	13,22	100,00

Nota: EUSO (R\$ 8/2016) R\$ 13,22

ATENÇÃO

558:R0026 LIDER DEPUT 23 & 26/01/2017 17:32 - 03000606764



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador(a) do

RG nº 7130255, expedido por SSP PB, em

02/02/2000, CPF/CNPJ nº 042751344-86,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOUNIVAL

FIILHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDIZ

da vítima LOUNIVAL FILHO DINIZ, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
PROCURAÇÃO

Valdir Pereira da Silva.  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SEGURADOR LIDER DPVAT 23 & 26/01/2017 17:22 - CONSEQUENTE



*Cepi*



## DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador(a) do

RG nº 7730255, expedido por SSP PB, em

02/02/2002, CPF/CNPJ nº 042751344-86,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOURIVAL FILHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDIZ

da vítima LOURIVAL FILHO DINIZ, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 200,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
PROCURAÇÃO

Valdir Pereira da Silva

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

2017-03-07 10:54:21 - 2017-03-07 10:54:21 - 00000197617

LOUNIVAL FILHO DINIZ  
SITIO CAATINGA, ZONA RURAL  
SAO JOSE DA LAGOA TRAPADA-PR  
CEP: 58815-000

SEGURADORA LIDER DPVAT (INSTRONº3140042023)

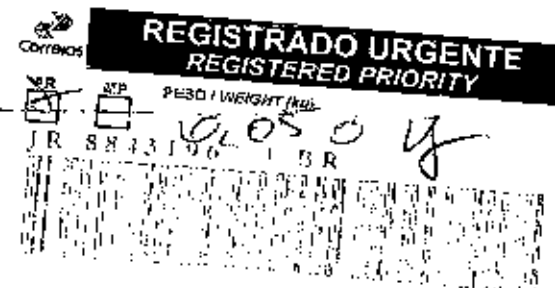
RUA SENADOR DANTAS, 1244, CENTRO

RIO DE JANEIRO - RJ

CEP: 20031-205

43861

18 MAR 2017





0030  
Banco do Brasil

## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador(a) do RG nº 7730755, expedido por SSP PB, em 02-10-2012 CPF/CNPJ nº 042751344-86,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOURIVAL FILHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDIZ da vítima LOURIVAL FILHO DINIZ, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
PROCURAÇÃO

Valdir Pereira da Silva

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

*Assinatura*

COAF - Conselho de Controle de Atividades Financeiras

# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu CYNTHIA ROYANE LUCIO DE OLIVEIRA  
 RG nº 003.34.102, data de expedição 14/04/2012,  
 Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 116.699.404-93, com  
 domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Luizão de Araújo, nº 237  
 complemento Bom Espetáculo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima LOURIVAL FILHO DINIZ, cujo o condutor era  
LOURIVAL FILHO DINIZ

Veículo: MOTO  
 Modelo: HONDA NXR 160 BROS ES  
 Ano: 2015  
 Placa: 0FG 82131 PB  
 Chassi: 9C2KD0800FR01215  
 Data do Acidente: 31-07-2016  
 Local e Data: \_\_\_\_\_

Cynthia Royane Lucio de Oliveira  
 Assinatura do Declarante



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

**MILTON LUCIO DA SILVA**  
 Refonhago (PDR) AUTENTICAÇÃO  
 CYNTHIA ROYANE LUCIO DE OLIVEIRA DONA EM  
 Bento-Paraíba, 16/08/2016.  
**SALOMINA CAVALCANTE**  
 Solo Digital (Realização Tipo Normal B-AD05602-GTAS)  
 Endereço: Rua da Trindade, 100 - Centro - São Bento - Paraíba



**SALOMINA CAVALCANTE**  
 Escrevente  
 Cartório Milton Lúcio

São Bento Cartório União Registro Imóveis e Notas  
 Milton Lúcio da Silva Santos  
 Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos  
 Oficial de Protestos e Letras,  
 Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
 São Bento-PB - Fone: 33-3444 2533



PACIENTE: **LOURIVAL FILHO DINIZ**

Nº: **77369**

REQUISITANTE: .

DATA: **31/07/2016**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO**

**TÉCNICA:**

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

**RELATÓRIO:**

- ✓ 1. Parênquima encefálico apresenta morfologia e coeficiente de atenuação normal.
2. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
3. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
4. Ausência de coleções extra-axiais.
5. Não há evidência de desvio da linha média.
6. Ausência de calcificações patológicas.
7. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente os seios maxilares e células etmoidais.
8. Aumento de partes moles na região frontotemporoparietal esquerda, periorbitária e malar à esquerda, com enfisema subcutâneo regional. Nota-se imagens amorfas, hiperatenuantes, junto à pele regional, sugestivas de artefatos.
9. Descontinuidade da cortical óssea temporal esquerda, asa do esfenóide à esquerda, e paredes do seio maxilar esquerdo.

**Conclusão:**

- Edema/hematoma subgaleal frontotemporoparietal esquerdo, e edema de partes moles periorbitário e malar à esquerda.
- Fratura temporal, asa do esfenóide e paredes do seio maxilar à esquerda.
- Hemossinus.

SOUZA-PB, 31 de julho de 2016

Dr(a). **MARCELLI CARTAXO NEVES**  
Medico(a) Radiologista  
CRM Nº 6089

Obs.: As informações contidas no presente resultado, representam a expressão diagnóstica baseada na interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como definitivo e definitivo, pois as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com o histórico natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Antônio Augusto, 21 Centro - Sousa PB - Fone 83 3522.2766 - periclesneves@wlink.com.br  
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Rua do Comércio, 2917 - CRM 1933 PB  
Dra. Marcell Cartaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel.: 83 3522.1900

SEGUIMENTO: 11/08/2016 23:42:26/01/2017 17:21 - 00000006752



CIRUR. BUÇO-MAXILO FACIAL  
 CIRURGIA GERAL  
 CIRURGIA PLÁSTICA  
 CIRURGIA TORÁCICA  
 CIRURGIA VASCULAR  
 CIRURGIA COM VÍDEO  
 CLÍNICA MÉDICA  
 ULTRASSONOGRAFIA  
 ENDOSCOPIA  
 NEFROLOGIA  
 NEUROCIRURGIA  
 ORTOPEDIA  
 OTORRINOLARINGOLOGIA  
 RAIO X  
 STENT  
 TRAUMATOLOGIA  
 UROLOGIA  
 ANGIOGRAFIA DIGITAL  
 ANGIOPLASTIA  
 BRONCOFIBROSCÓPIA  
 ENDOSCOPIA  
 ELETROCARDIOGRAMA  
 TOMOGRAFIA C.M.P.  
 UTI MÓVEL

PAC

Ismael de Lima Pinheiro

Declaração

Declaro para todos os fins,  
 que o paciente supracitado  
 internado neste serviço vitando  
 de cuid. de med. a pedido  
 de TCE + prof. 2ª forma  
 (F) C. Ex. 1208/14

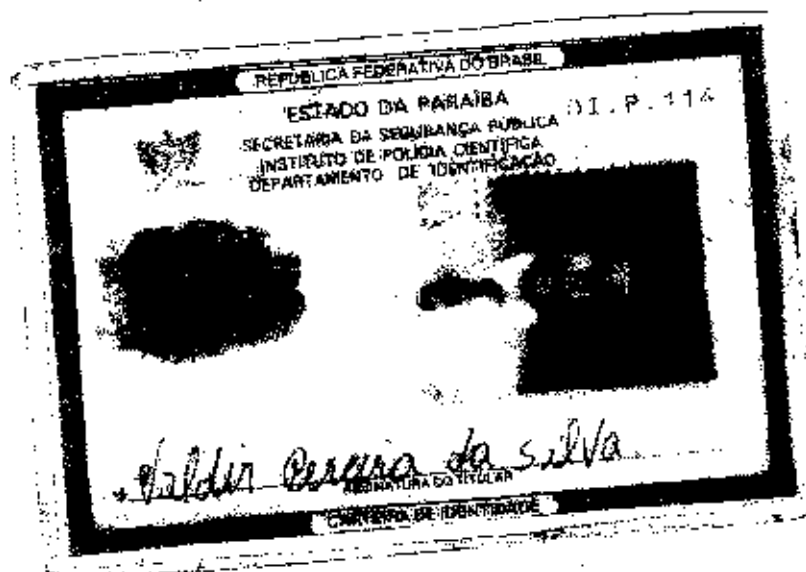
Dr. João Carlos Targino  
 CRM 1208/14  
 Assinatura

**MELHORE SUA LETRA**  
 Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.  
 Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba  
 CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / [www.hat.com.br](http://www.hat.com.br)

SEGURODOR: 1208 DEPUT 23 & 26/01/2017 17:21 - 00000000763







**VALDEMIR PEREIRA DA SILVA**

NOME / VALDIR PEREIRA DA SILVA

Valdemir Otair da Silva

Geralda Pereira da Silva

Sapê PB

03.07.1978

Cert. Nasc. 3069 fls. 55. liv. A-3.

Cant. Sapê/PB

José Pessoa - PB

RECEIVED 1906 MAR 23 8 26 AM 2017 17:20 - 0000000000000000


MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CFF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome:  
VALDIR PEREIRA DE SILVA

Ido de Inscrição:  
**042751344-88**

Data de Nascimento:  
02/02/78



Este documento é a representação da inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CFF, emitida e registrada pela Secretaria, sendo sua validade condicionada ao pagamento de impostos.

Nome do Titular:  
VALDIR PEREIRA DE SILVA

**VÁLIDO SEM TERMO O TERMO DE VALIDADE**

Emissão em: 12/02/2017

SERVIÇO LÍBRER DEUAT 23 & 24/01/2017 17:20 - 000000006736



DETRAN - PB Nº 012504105848  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
VIA 1 0104096891-8 00700000000 EX 2015

CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA

11669970493 OFG8213/PB

NOV 1964 ANT / UFB PB 9C2KD0800PR010215

PAS/MOTOCICLISTE/PRO APITE - ANCO/GRASOL

HONDA/NXR160	201Fs	201b 500
--------------	-------	----------

APR 1962	761	PAROLE	BRANCH
----------	-----	--------	--------

IPVA CPAC/CAEM 25/10/2016 VENC / COTAS

	PARCELAMENTO / COTAS	
--	----------------------	--

~~SECRET~~

A-F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

SAO BE LOCAL DATA 22/03/2010 1805

322

PR Nº 012506109849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DE VIDA  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, VÁ AO VÍDEO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
11669970493 OFG8213/PB  
www.deputatosegurodevidas.com.br  
SAC DEPUTA 0800 022 1234

2016 22/03/2016  
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA  
CPF: CNPJ PLACA

\_\_\_\_ MARCA / MODELO \_\_\_\_\_

669970493 N° CHASSI QEG82137PB

01040968918 HONDA/NXR160 BROS ES

PRÊMIO VARIÁVEL

2015 (H6) 9 9CZKD08001R010211

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) IDM (R\$)  
 \*\*\*\*\* **SEGURO** **P A G O**

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> À VISTA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

1805-1574-1271-20168322

1800-1801

000000005769 23 6 36/01/2017 17:21 - 000000005769



Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10464473

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17  
Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ  
Data Acidente: 31/07/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT

LOURIVAL FILHO DINIZ  
SÍTIO CAATINGA, S/N ZONA RURAL  
TAPADA  
CEP 58815-000 - SÃO JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB

Responsável pela informação

Assinatura

☐ Porteiro  
☐ Síndico  
☐ Motorista


Para uso dos correios

☐ Melhorar  
☐ Desconhecido  
☐ Recusado  
☐ Ausente  
☐ Não entregue  
Endereço residencial  
Não entregue no trabalho  
Falecido  
Data \_\_\_\_\_

DEVOLUÇÃO  
Seguradora Líder - DPVAT  
CAIXA POSTAL 40.970  
CEP. 20.270-971  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

Entre em contato conosco  
SAC DPVAT 0800 022 12 04  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043861/17  
Vítima: LOURIVAL FILHO DINIZ  
CPF: 062.966.264-95

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/07/2016  
Titular do CPF: LOURIVAL FILHO DINIZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
Outros

**LOURIVAL FILHO DINIZ : 062.966.264-95**  
Comprovante de residência

**VALDIR PEREIRA DA SILVA : 042.751.344-86**  
Declaração Circular SUSEP 445/12

#### 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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 30/03/2017  
Nome: VALDIR PEREIRA DA SILVA  
CPF : 042.751.344-86

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/03/2017  
Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA  
CPF: 870.655.687-68

VALDIR PEREIRA DA SILVA

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DEBORA PEREIRA DA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 24.555.555 EXPEDIDO POR SCFPE EM 02/08/2016  
CPF 34.245.124-06 ID Nº 123456789 PROFISSÃO ADMINISTRATIVO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA R\$ 13.500,00 AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção e lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício -- nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial -- nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

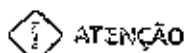
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO BRABR001 da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1040-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000682-9

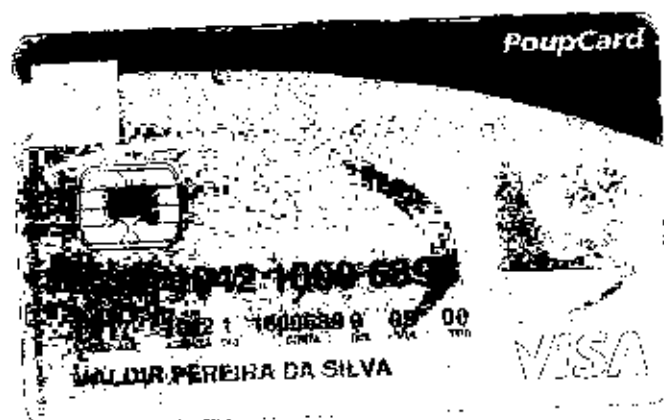
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

16 de setembro de 2016  
LOCAL E DATA

Debora Pereira da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do evento), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de Seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvasseguro.com.br](http://www.dpvasseguro.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221724.



3/21/2017 10:23:19 AM 1/2/2017 10:23:19 AM 1/2/2017 10:23:19 AM 00000197019



**ML**

**MILTON LÚCIO DA SILVA SERVIÇO NOTARIAL**

CNPJ/MTF 08.560.633/0001-66

São Bento - PB - OFÍCIO ÚNICO - Serventia Extrajudicial

**MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS**

Tabelião e Registrador




**JOSI CARLA LÚCIO DINIZ**

Substituta

ESCRITURAS, PROCURAÇÕES, PROTESTOS, REGISTRO DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E COMUMENTOS, REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, AUTENTICAÇÕES, RECONHECIMENTOS DE FIRMAS ETC...

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: LOURIVAL FILHO DINIZ.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 15 dia(s) do mês de setembro do ano de 2016, nesta cidade de São Bento, Estado da Paraíba, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como **OUTORGANTE LOURIVAL FILHO DINIZ**, brasileiro, casado, agricultor, residente no Sítio Caatinga, s/nº., Área Rural, São José da Lagoa Tapada-PB, portador da Cédula de Identidade RG. nº. 2.028.607-SSP-PB e, CPF nº. 062.966.264-95, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos originais a mim apresentados, bem como a capacidade para o ato pelas respostas às perguntas que lhes fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante **PROCURADOR VALDIR FERREIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente à Rua José Cândido do Nascimento, nº.507, São Bernardo, nesta cidade, portador da Cédula de Identidade RG. nº. 2.730.255-SSP-PB e, CPF nº. 042.751.344-86, a quem concede **PODERES** representar o outorgante junto a qualquer **SEGURADORA DO PAÍS**, e/ou quaisquer outras Repartições competentes, onde com esta se apresentar neste País, requerer e receber seguro DPVAT e ainda quaisquer outras vantagens que faz jús ao outorgante, proveniente de acidente automobilístico ocorrido com o outorgante acima citado, podendo para tanto dito procurador assinar e preencher requerimentos, formulários, assinar e sacar cheques, aceitar e passar recibos, dar quitação, concordar, discordar, transigir, desistir, assinar todo e qualquer documento que exija a presença e/ou intervenção do outorgante, receber quantias, endossar cheques, representá-lo, inclusive poderes para retirar ordem de pagamento na agência bancária onde for transferido quantia referente ao pagamento de seguro DPVAT, e ainda, assinar autorização de pagamento/crédito de Indenização de Sinistro, representá-lo em qualquer Instituição de Crédito, podendo fazer depósito de qualquer cheque nominal ao outorgante, em conta corrente do procurador acima, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho do presente mandato e poderes mesmo que aqui não expressamente nomeados, inclusive substabelecer.. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. As.: SAIONARA CAVALCANTE; a rogo pelo outorgante, IAMA DOS SANTOS SOUZA, minha conhecida e residente nesta cidade,. Eu SAIONARA CAVALCANTE, Escrevente, subscrevo  e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade. Dou fé. São Bento, 15 de setembro de 2016. Está conforme o original. Traslada hoje.

*Cópia*

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10464473

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17

Vítima: LOURIVAL FILHO DINIZ

Data Acidente: 31/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10467985

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17

Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ

Data Acidente: 31/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10771488

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17

Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ

Data Acidente: 31/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11504586

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17

Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ

Data Acidente: 31/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de:        **LOURIVAL FILHO DINIZ**

Nº Sinistro:                **3170072023**  
Vitima:                      **LOURIVAL FILHO DINIZ**  
Data do Acidente:        **31/07/2016**  
Cobertura:                **INVALIDEZ**  
Procurador:               **VALDIR PEREIRA DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170072023**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 12377755



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALDIR PEREIRA DA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2430755 EXPEDIDO POR SSPPB EM 02/02/2000  
CPF 0942451399-9 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 5000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA R\$ 13.500,00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPE do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISI DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO BRADESCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1042-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000689-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SAO PAULO 10 de SETEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

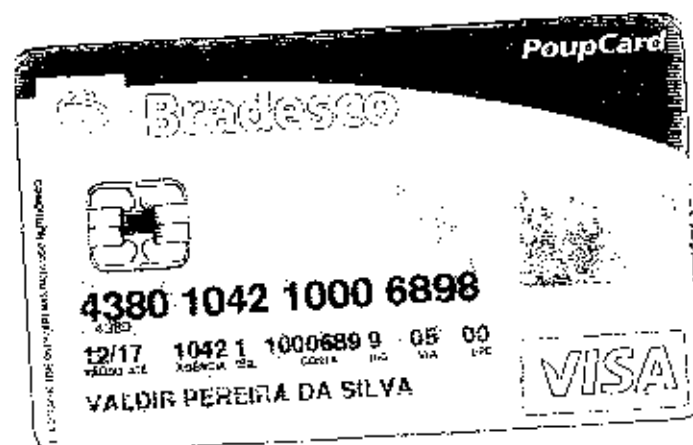
Valdir Pereira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



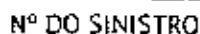
**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodoetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodoetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURADORA LIXOER DPART 23 & 26/01/2017 17:21 - 000000006763





CAMPO PREENCHIDO PEL

### Discussion of the Method

IDENTIFICAÇÃO DO DANADO  
EU, VALDIR PENEIRA DA SILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2930555 EXPEDIDO POR SPPPB EM 02/06/1992  
CPF 04294939486 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO RENTISTA  
E RENDA MENSAL DE R\$ 5000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO OPVAT DA VÍTIMA R\$ 500,00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
OPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1042-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000689-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

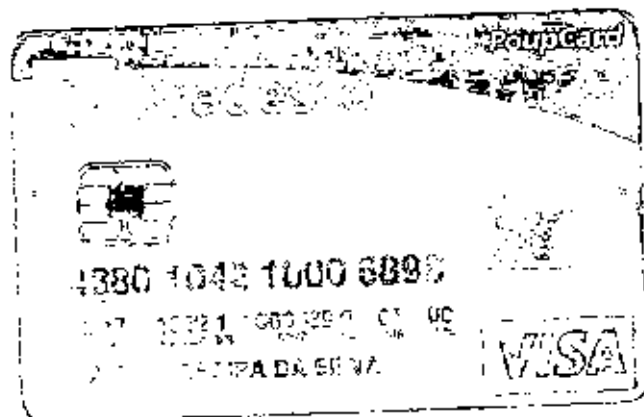
SEBASTIÃO de SANTANA de 2016  
LOCAL E DATA

Valdir Oliveira da Silva  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



SEMPER PARATI LINES DEBIT 10/11/2017 11:30 - 000000000000



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 010/2016**

**Verando sobre:** Acidente de Trânsito

**Data e hora do fato:** 31/07/2016, às 16h00min.

**Local do ocorrido:** \*\*, São José da Lagoa Tapada/PB.

**Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento:** 25/08/2016, às 11h 20min

**COMUNICANTE:** LOURIVAL FILHO DINIZ, alcunha \*\*, Filiação: Lourival Gabriel Diniz e Francisca Filha da Conceição; Profissão: agricultor; Estado Civil: casado; Nacionalidade: São José da Lagoa Tapada - PB; Nacionalidade: brasileira; Cor: branca; Data de Nascimento: 10.06.1962; Endereço Residencial: Sítio Caatinga, São José da Lagoa Tapada - PB; Endereço Profissional: \*\*, Telefone \*\*, Portador da CI/RG nº: 2028607 - SSP/PB, Título Eleitoral \*\*, CPF 062.966.264-95.

**VÍTIMAS:** o comunicante.

**HISTÓRICO:** QUE no dia 31.07.2016, por volta de 16h, estava trafegando nas proximidades da entrada da cidade de São José da Lagoa Tapada, guiando a motocicleta de sua Neta CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA, uma HONDA NXR 160 PRO ESD 2015/2015, PLACA QFG 8213/PB, COR BRANCA, quando sofreu um acidente derrapando numa estrada de terra, vindo a cair e ficar com várias escoriações pelo corpo e um traumatismo no maxilar em decorrência da queda; QUE deseja certidão para fins de DPVAT. Ciente ser conhecedor (a) das sanções cíveis, administrativas e criminais a que estará sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 25 de agosto de 2016.

**AUTORIDADE POLICIAL:** Del. Pol. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA

**COMUNICANTE:** \_\_\_\_\_

**ESCRIVÃO:** \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*

Mat. : 368.959-7



17:21 - 100000006760