

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101939

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

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 punhos
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: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038193-3

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101939 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/03/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 116-336-844-07 Anderson Oliveira de Araújo

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

5 - Nome completo: Anderson Oliveira de Araújo 6 - CPF: 116-336-844-07
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R- Campos Sales 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3010 CONTA: 38193 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Oliveira de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 4713 0290

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ANDERSON OLIVEIRA ARAUJO

1010 013 00038193-3

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14028.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14028.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:08 horas do dia 09 de dezembro 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Anderson Oliveira de Araujo**, CPF nº 116.336.844-07, RG nº 4040510 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Fiscal de Loja, filho(a) de Ana Beatriz Martins de Oliveira e Geova Gomes de Araujo, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/09/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Campo Sales, Nº 41, complemento Casa, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Próximo a Ferroviária, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98771-6337.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo de Combustível, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/03/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o veículo, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2011, Cor: PRETA, placa: PLACA: NPX9934/PB, registrada no nome de José Araujo Cavalcanti - CPF: 072.916.094-34, na Av. Liberdade - Bayeux/PB, quando foi surpreendido por outro veículo que parou bruscamente em sua frente, não dando tempo do noticiante evitar a colisão, vindo a cair ao solo, que logo após foi conduzido por terceiros até o Complexo Hospitalar Mangabeira - Gov. Tarcísio Burty, onde foi atendido e diagnosticado com Fratura do rádio Distal - S. 52.5 - conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Flavio Henrique Loyola - CRM-PB- 10.205.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2020, à(s) 11:37 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO NO BO É A SEGUINTE: 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

Que na data 18/02/2020, à(s) 09:51 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO, FOI NO DIA 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

Que na data 18/02/2020, à(s) 09:52 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO, FOI NO DIA 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Sec
Segura

João Pessoa/PB, 18

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação

ANDERSON OLIVEIRA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 116-336-844-07 Anderson Oliveira de Araújo

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

5 - Nome completo: Anderson Oliveira de Araújo 6 - CPF: 116-336-844-07
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Campos Sales 9 - Número: 41 10 - Complemento:
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3010 CONTA: 38193 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Oliveira de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

CAIXA

POUPANÇA



5067 2251 4713 0290

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

ANDERSON OLIVEIRA ARAUJO

1010 013 00038193-3

etc

CERTIDÃO

Nº. 1772/2019

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 Nº16552 e Prontuário nº2017.03.004178 pertencentes a **ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO** que foi atendido dia 25/03/2017 às 12H08min, vítima de colisão moto x carro x poste, apresentando trauma em punho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/04/2017 com alta médica dia 08/04/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de outubro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000038193-3

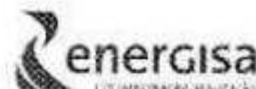
Nr. da Autenticação F39A4A9E0826E064

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Bolero para simplificar pagamento de nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 035.119.445



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Estrada, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 18.015.825-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE ARAUJO CAVALCANTE
RUA CAMPOS SALES 41
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/44370-5

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

04/12/2019

CONSUMO

250

VENCIMENTO

11/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 229,34

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 06/12/2019

Pagador: JOSE ARAUJO CAVALCANTE CNPJ/CPF: 072.816.094-34

RUA CAMPOS SALES 41 - POPULAR - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009290259	000044370201912	11/12/2019	R\$ 229,34	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

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

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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 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 Nº9.613/58.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Anderson Oliveira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.336.844, 07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Anderson Oliveira de Araújo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.336.844, 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/12/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

RECEITA 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: 16552 Atcd: Nao Regula
Data: 25/03/2017
Hora: 12:08:16
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4040510 Fone: 986542807 Num. Prontuario: 2017.03.004178
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/09/1995 Id: 21 ano(s)
End.: RUA CAMPOS SALES, 41
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB
Mae: ANA BEATRIZ MARTINS DE OLIVEIRA Pai: GEOVA GOMES DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEGURANCA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

R.: IRMA/ ABRAAO MARTINS
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
F. Cedencia: RUA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARROXPOSTE E PAREDE HJ AS 08:00 EM BAYEU

Vitima de violência por: EM FRENTE .A CASA DA CIDADANIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
C. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Q. Exa Principal

Observacao

*colisão moto x carro, apresentando várias lesões, ede-
ma em M.S.D*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente vítima de colisão moto x carro, c/ capote, queixando-se de dor
edema e limitação de movimentos no punho D.
Nega perda de consciência e vômitos. Glicose 15.*

Diagnostico

Alergias: nega

Conduta

*1) 1º atendimento.
2) Rx de punho e mão D.
3) Avaliação da ortopedia
4) Alta da Ev. Geral*

Prescrição

*1) Dipirona 1g 1 AD EV agora 13:40
2) Tilatil 20 mg 1 AD EV agora 13:40*

*Marcelo Vieira
Médico
CRM 10000*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ortopedia : Trauma do punho
dor e edema
Rx punho 2
Fisio - massagem
Bento

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ordem Medicamentos Dose Horario Evolucao

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 12957

Curativos

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [X] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 12957

Assinatura e Carimbo do Med



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 25/10/2017

Nome: Anderson Oliveira
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Queixa muito forte com dor em punho D.

HDA: Paciente com dor, edema e limitação de movimento em repouso do punho D.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[]HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

() Trauma () Neo () Tabagismo

[Alcoolismo]

Exercício Físico: Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS	DM	TB	NEO
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1
39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1
90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	1	1	1
99	1	1	1
100	1	1	1

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:

Resultados de Exames Complementares: Rx apresentando fratura em nível do
terço distal do húmero tipo Barton Volar.

Hipótesis Diagnósticas:

Conduta:

bestimmend für das Umfeld

EX-100-9111
KIDNAP
CIVIL 9111

Dr. Adeline

Nome: ANDERSON D. DE AMARAL		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	LR:
		Clinica: Traumatologia	EMP:
Data: 08/09/2018		Cirurgião: Flávio Loyola	
1º Assistente: Felipe Lessa		2º Assistente:	
Anestesista:		Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
Fratura do Rádio Distal			S52.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
O mesmo			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
Redução Cruenta + Fixação Interna			
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 durante o Ato Cirúrgico			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa + parafusos

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Fechamento por planos

Curativo

Retirada de garroteamento de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 08/04/17

Dr. Flávio Henrique Loyola
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 10.205

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS VIÁVEIS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA
	FOTOGRAFIA 
	DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO Nº 1054562 SSP PR
	CPF 455.935.024-91 Data de Nascimento 02/04/1967
	Função JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	SEXO ☒ M ☐ F NÚMERO 00724153182 DATA 10/11/2019 VALIDACAO 06/04/1989
PROIBIDO PLASTIFICAR 1009001575	CATEGORIA A 2
	Assinatura 
	NOME JOAO PESSOA, PR
	DATA EMISSAO 11/11/2014
	Assinatura do Titular Rodrigo Carvalho 60378988469 99029545809

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Anderson Oliveira de Araújo
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Fuzente de aço, CI RG nº 4040510
CPF/MF nº 116.336.844-02, residente e domiciliado(a) à Rua
Campo Sales, 41
Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
93663-4900, 93715-0366

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 19 de junho de 2018.

x Andrena blisssii de Arzuff.

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081207/20

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

CPF: 116.336.844-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2017

Titular do CPF: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO : 116.336.844-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101939

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

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