

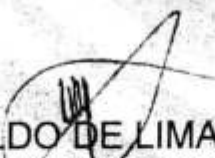


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
nº 3145/2018

Certifico, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro sn/2018, destinado ao registro de Ocorrências policiais pertencente ao Cartório desta DP, constatei o seguinte teor: ocorrência policial nº 3145/2018, que passo a transcrever na íntegra: aos dez dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Bayeux-PB, na 5ª Delegacia Distrital, presente o DPC Luiz Eduardo Montenegro, comigo escrivão, aí por volta das 10h10min., compareceu: **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Santa Rita/PB, filho de Manuel Pedro dos Santos e Rosa Sousa dos Santos, RG 1.226.738-2ª via/SSP/PB e CPF 568.024.714-34, com 50 anos, nascido em 22.09.1967, casado, com ensino médio, balconista, residente a rua Juraci Camargo 649, Várzea Nova, Santa Rita/PB, fone 98846-2952. Notificando: QUE, por volta de 00h20min., do dia 02.09.2018, conduzia a **MOTO** marca **YAMAHA YS150 FAZER ED**, cor vermelha, ano e modelo 2014/2014, placa **QFF-4310/PB**, chassi **9C6KG0660E0033792**, em nome de **JOSENILDO GONÇALVES DA SILVA**, trafegando pela Av. Liberdade, em frente a Prefeitura de Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos e lhe acidentando, provocado por uma MOTO e CONDUTOR não identificados: QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do SAMU dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, sendo submetido a avaliação médica e no dia 03.09.2018, foi submetido a intervenção cirúrgica no MEMORIAL SÃO FRANCISCO DA CAPITAL. O referido é verdade. DOU FÉ.

Bayeux PB, 10 de setembro de 2018.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO – escrivão
Mat. 135.662-3



50470
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Belo: Maria Argem Sousa Corticeiro
Tabela

1º OFÍCIO DE NOTAS
2º TABELIÃO DE PROTESTOS
RUA 1017, R. 2º, CENTRO
CEP: 58113-000 - BAYEUX - PB
FONE: (33) 3361-3040 - FAX: (33) 3361-3041

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

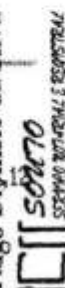
João Pessoa-PB 23/11/2018 08:58:32
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar

[2018-037110] EMUL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 1,11

SELO DIGITAL: AHP84825-ZE48

Confira a autenticidade em <https://selo.digital.pb.gov.br>

50470
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Tiago Dionísio da Silva



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comprovação de ato declaratório



Eu, REGINALDO SOUSA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 1226738 e inscrito no CPF/MF sob o nº 568.024.714-34 residente e domiciliado na RUA JURACY CAMARGO, 649 - VARZEA NOVA Cidade SANTA RITA Estado PB, 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.

X Reginaldo Sousa dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BAIXEUX - PB 10/09/2018

Local e data

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 02/09/18	ID da Ocorrência: 918/144	☒ USB ☐ USA ☐ MT	NR / Equipe: B13	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Reginaldo Souza dos Santos				Idade: 50	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:						
Logradouro: Av. Liberdade				Bairro: Centro	Médico Regulator: Honorina	
Quantidade de vítimas(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadido de Local ☐ Trate ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
CHM				Destino (Unidade Hospitalar)		
				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem: _____
	Responsável: _____
	Hospital de Destino: _____
	Responsável: _____
CAUSAS EXTERNAS ↳ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: Colisão moto x moto ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: _____ ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:	DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML Barcode ANTECEDENTES ☐ AIDC ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Drogas ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS	FC: 70	FR: 18	HGT: _____	SpO2 - S/O2: 98	SpO2 - C/O2: _____
-----------------	--------	--------	------------	-----------------	--------------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
Diagnósticos de Enfermagem:
Intervenções: SSVU + AVP
Evolução da Enfermeira:
Paciente consciente, orientado, sem sinais de TCE, estável em uso do carter (SIC), com possível fratura no punho direito e cotovelo direito.
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Protocolo de Trauma.
Dr. Dirlana EV.

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000001806-9

Nr. da Autenticação 1AAC17694064A965

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, REGINALDO SOUSA DOS SANTOS,
RG nº 1226738, data de expedição 27/06/16 Órgão SSDS/PB
CPF nº 568.024.714-34, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JURACY CAMARGO</u>
Número	<u>649</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VARZEA NOVA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58304-500</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 10/09/18 BAYeux - PB

Assinatura do Declarante: Reginaldo Sousa dos Santos

PAPAIA
 Rotelmo: 3 - 6 - 113 - 1260
 Matrícula: 84665-2018-09-7
 VENCIMENTO: 14/09/2018
 TOTAL A PAGAR: R\$ 99,88
 83600000000-1 99680054000-8 08486652018-6 09700009019-7



Documentação médica - hospital



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Para: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O REFERIDO PACIENTE
É PORTADOR DO DIAGNÓSTICO DE CID S52.5 (FRATURA DO RADIO DISTAL).
FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DIA 02/09/2018 E SUBMETIDO À TRATAMENTO
CIRÚRGICO DIA 04/09/18. NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS
POR 90 DIAS PARA REABILITAÇÃO.

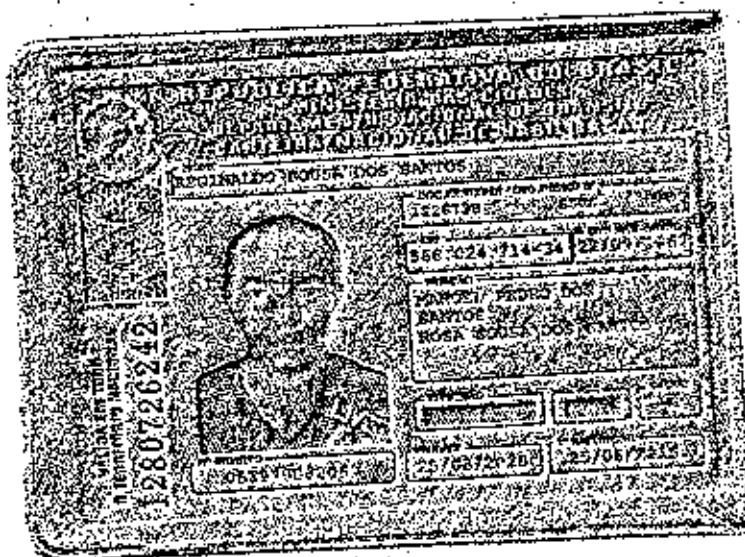
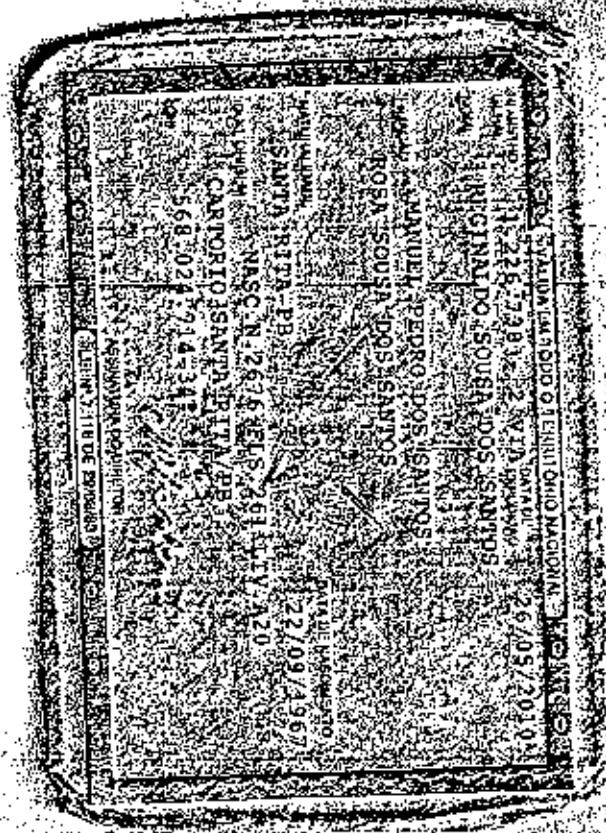
J.PESSOA, 06/09/2018

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
Médico ortopedista - CRM 7149



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
VIA 1 0102480415-9 00/00000000 2017
NOME JOSENILDO GONCALVES DA SILVA
PLACA QFF4310/PB

03160065480
NOVO PB 9C6RG0660E0033792

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC ALCO/GASOL
YAMAHA/XS150 FAZER ED 2014 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA
COTA ÚNICA 00/00/0000 11 2

SEGURO P A G O 30/11/2017

A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA
SANTA RITA - PB
40681
PI/12/2017
42650

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748741617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorelider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2013 01/15/13
2017 01/12/2017

03160065480 QFF4310/PB
YAMAHA/XS150 FAZER ED

2014 9 9C6RG0660E0033792

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) *****
QUARTO DO SEGURO (R\$) *****
QUARTO DO BILHETE (R\$) *****
SEGURO P A G O
DATA DE EXPIRAÇÃO 30/11/2017

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 06.246.804/0001-04

42650-1036357-20171201



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347084/18

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

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 cancela 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: 20/09/2018
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Reginaldo Do Sousa Dos SantosDATA DO ACIDENTE 03/09/2018 CPF DA VITIMA 568.024.734-34PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Juracy CamargoNº 649 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEA NOVACIDADE SANTA RITA UF RS CEP 98304-500

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML☐ ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DEFINITIVA

☒ BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE

CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/09/2018IDENTIDADE 1226738ASSINATURA Reginaldo Do Sousa Dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/09/18 MATR. 1088105NOME João Carlos de JesusASSINATURA João Carlos de Jesus

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

SEGRADORA LIDER

RUA: SENADOR DANTAS, Nº 74 – 15º ANDAR – CENTRO
RIO DE JANEIRO – RJ
CEP. 20031-205



FC0528/20

	☐ AR
Correios	☐ MP
PESO (kg)	
1.00	

SEDEX

DY 72701374 4 BR

REGINALDO SOUSA SANTOS
RUA JURACY CAMARGO, 649 - VALZE - NOVA
SANTA-RITA - PB
58304-500



- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, QUE COMPROVE O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (ORIGINAL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 100.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES = R\$ 100.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 100.000,00
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER PAGOS, ALÉM DOS VALORES ACIMA LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO PAGAR O VALOR DE R\$ 5,00 (CINCO REAIS) PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347084/18

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

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: 20/09/2018
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432054/19

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

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: 04/12/2019
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676063 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA MÉDICA. P.01/45/49/56/61

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

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.67

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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676063

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676063

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

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: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000001806-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

568.024.714-34

Nome completo da vítima

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo REGINALDO SOUSA DOS SANTOS		CPF titular da conta 568.024.714-34	Profissão DESEMPREGADO
Endereço RUA: JURACY CAMARGO,		Número 649	Complemento CASA
Bairro VARZEA NOVA	Cidade SANTA RITA	Estado PB	CEP 58304-500
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO 3348 DV ☐
 CONTA NRO 1806 DV 9

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO DV ☐
 CONTA NRO DV ☐

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

BAYeux - PB, 10 de Setembro de 2018

Local e Data

Reginaldo Sousa dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 568.024.712-34 Nome completo da vítima: Reginaldo Sousa dos Santos

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

Nome completo: Reginaldo Sousa dos Santos CPF: 568.024.712-34

Profissão: Reluze Endereço: Rua Juraci Camargo Número: 849 Complemento: Casa

Bairro: Várzea Nova Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58919-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 987088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 01806 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ 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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa - PB 03/12/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

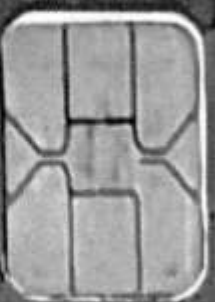
Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 7359 7667

6277

VALIDO ATÉ

07/21

REGINALDO SOUSA SANTOS
3348 013 00001806-9

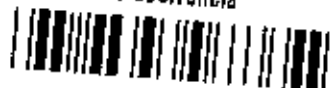
elo

111-09

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
5ª DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX/PB



Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

nº 3145/2018

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo o livro sn/2018, destinado ao registro de Ocorrências Policiais, nº pertencente ao Cartório desta DP, constatei o seguinte teor: ocorrência policial nº 3145/18, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Bayeux/PB, na 5ª Delegacia Distrital, presente o DPC Luiz Eduardo Montenegro, comigo escrivão, ai por volta das 10h10min horas, compareceu: **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Santa Rita-PB, filha de Manuel Pedro dos Santos e Rosa Sousa dos Santos, RG 1.226.738-2ª via-SSP/PB e CPF 568.024.714-34, com 50 anos, nascido em 22.09.1967, casado, com ensino médio, balconista, residente a rua Juraci Camargo 649, Várzea Nova, Santa Rita-PB, fone 98846-2952. Notificando; QUE, por volta de 00h20min., do dia 02.09.2018, conduzia a **MOTO** marca **YAMAHA YS150 FAZER ED**, cor vermelha, ano e modelo 2014/2014, placa **QFF-4310/PB**, chassi **9C6KG0660E0033792**, em nome de **JOSENILDO GONÇALVES DA SILVA**, trafegando pela Av. Liberdade, em frente a Prefeitura de Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos e lhe acidentando, provocado por uma **MOTO e CONDUTOR não identificados**; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do SAMU dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, sendo submetido a avaliação médica e no dia 03.09.2018, foi submetido a intervenção cirúrgica no MEMORIAL SÃO FRANCISCO DA CAPITAL. O referido é verdade. DOU FÉ.

Bayeux PB, 10 de setembro de 2018.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO – escrivão
Mat. 135.662-3