
Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705918

Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	979.624.814-04	Waldemir Sabriano de Azevedo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Waldemir Sabriano de Azevedo	
Profissão:	Endereço:	Cidade:
Pedreiro	Rua: José Sabriano de Azevedo S/N	Curral Velho
Bairro:	CEP:	UF:
Centro	58.990-000	PB
E-mail:	Tel.(DDD):	

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3571	CONTA: 00007126	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 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (val nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: _____
 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.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL.

Nº. 1741/2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 30 / Outubro / 2019 HORAS: Noite

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Gleberson Fernandes da Silva

Notificante/Vítima:

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA natural de Curral Velho-PB
Casado, Pedreiro, nascido no dia 22.07.72, filho de José Salviano
de Lacerda e Jesna Bizerra de Lacerda, RG 1.709.728/SSP/PB e CPF nº
979.624.814-04, residente na R. Projatada s/n centro Curral Velho-
PB.

Histórico de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava vindo de Diamante para C.
Velho-PB, pelo PB 370, conduzindo a moto HONDA cg 125 FAN KS, cor-
vermelha, no 2014, placa QFA8304/PB e chassi 9C2JC4110ER722727, em
nome de JOSE JUVINO DA COSTA e nas imediações do Sítio Currais Ne-
vos, área rural de Curral Velho-PB, colidiu com um animal (Bai), ca-
indo no asfalto, sendo então socorrido por Uma Ambulância do Municí-
pio para o Hospital Regional de Patos-PB.

Obs. Foi atendido na madrugada do dia 31.10.2019 no citado Hospi-
tal.

Itaperanga, Pb, 28 / Novembro / 2019.

Notificante/Vítima: Valdemir salviano de lacerda

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLICIA RURAL
CHEFE DE CARTÓRIO

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 74254
DATA 31/10/2019 HORA 01:24
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 38476
OPERADOR EALVES

PACIENTE VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

IDADE 47a 3m

RESUMO CLÍNICO:

Queda a joelho

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Luxação joelho

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução + Imobilização

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Ret. BCG. S/Alexis (sem no momento)

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Medicamentos e exames

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

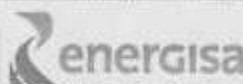
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 01 DE 11 DE 2019.

João H. Sussana Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417
MÉDICO/CRM

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA
RUA JOSE SALVIANO DE LACERDA, 54 - CENTRO
CURRAL VELHO / PB CEP 58993000 (AG 154)



Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Sec: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - BARRA RENÇA
Rua: 7 - 156 - 700 - 180 Referência: Nov/2019
Medidor: 00008106157 Emissão: 12/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Oito de Setembro - João Pessoa / PB - CEP 53011-080
OBR 08 006 182/0001-40 Insc. Est. 16.715.020-0

Nota Fiscal/Contador: Energisa 0104-064357
Cód. pen. trib. Automático: 00010751444

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2019	12/11/2019	12/12/2019	979.824.814-04
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1075144-4

Canal de contato

-Tarifa Social de Energia Elétrica - 1º Setor: cidadãos com
R\$ 15.430,00 de 2011 de 2012.
Suspende a tarifa e o valor da conta. Fique atento ao calendário de
vacinação e ao produto.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/19	Leitura 8172	Data 12/11/19	Leitura 8264	12

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Coef. Ajuste	Base Calc.	Por. Coef.	Valor
				Taxa de Transmissão (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por. Coef. (R\$)	ICMS (R\$)
0001	Consumo até 30 kWh - BR	30,000	0,250000	7,50	7,75	25	1,83	7,75
0001	Consumo - 21 a 100 kWh - BR	82,000	0,443140	36,41	37,47	25	6,87	37,47
0001	Adc. B. Amarela			0,00	0,00	25	0,14	0,00
0001	Adc. B. Verde			0,00	0,00	25	0,14	0,00
0001	Adc. B. Vermelha			0,00	0,00	25	0,14	0,00
0001	Subsídio			34,24	34,24	25	0,85	34,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIB. LIM. PUBL. CA			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0004	JURIS. DEB. MORA 10/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0006	Desenvolvimento			34,14	0,00	0	0,00	0,00

CD: Código de Classificação do Item TOTAL: 46,40 71,22 17,80 71,22 0,00 0,00
Tabela de Tarifas: 0,191710 At 100 kWh 0,311600

Valor Global (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
95	20/11/2019	R\$ 48,40

Histórico de Consumo (kWh)

81	89	112	115	113	106	123	101	86	77	77	88
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19

RESERVAÇÃO AO FISCO

65a3.748b.333d.d88f.9e5e.d0ed.51cd.2bd1.

Indicadores de Qualidade - 2019 - Energisa

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
IC MENSAL	9,37	0,00	NOMINAL 220
IC TRIMESTRAL	12,54		
IC ANUAL	25,00		CONSTATADA
IC MENSAL	9,37	0,00	
IC TRIMESTRAL	12,54		LIMITE INFERIOR 220
IC ANUAL	25,00		
IC MENSAL	9,37	0,00	LIMITE SUPERIOR 220
IC TRIMESTRAL	12,54		
IC ANUAL	25,00		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Dist. de Energia/PB	0,47	19,56
Consumo de Energia	12,85	26,50
Consumo de Transmissão	1,41	2,91
Consumo de Distribuição	1,42	2,92
Consumo de Outros Serviços	22,45	46,10
Consumo de Outros Serviços	0,00	0,00
Total	48,40	100,00

Valor em USD (R\$ 5,0219) R\$ 11,10

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Barra Rença, tendo um desconto de R\$ 24,14.

Faturas em atraso

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.709.728 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/11/2014

NOME VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

FILIAÇÃO JOSÉ SALVIANO DE LACERDA
JOANA BIZERRA DE LACERDA

NATURALIDADE CURRAL VELHO-PB DATA DE NASCIMENTO 22/07/1972

DOC ORIGEM CASAM N. 5426 FLS. 174V LIV. BAUX 11
CARTÓRIO ITAPORANGA-PB

CPF 979.624.814-04

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-900

Valdemir Salviano de Lacerda

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
979.624.814-04

Nome
VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Nascimento
22/07/1972

Cartão de uso pessoal e obrigatório
Deve ser apresentado para fins de identificação

Emissão

 **CORREIOS**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705918 **Cidade:** Curral Velho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456764/19

Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

CPF: 979.624.814-04

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

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

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA : 979.624.814-04

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: 17/12/2019
Nome: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA
CPF: 979.624.814-04

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS