



27/10/2020

Número: **0802650-94.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAUL ALMEIDA DE SOUZA (AUTOR)		JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35969959	27/10/2020 14:45	2762326_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420134**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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 13359592

Pag. 00837/00838 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180420134**
Vítima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00303/00304 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13364933



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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

Pag. 00597/00598 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13532669





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00893/00894 - carta_04 - INVALIDEZ

00060447



Carta nº 14167810



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 com 16 ou 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

088.829.934-69

Nome completo da vítima

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA		CPF titular da conta 088.829.934-69	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA JOSÉ PEREIRA DE SOUSA		Número SIN	Complemento
Bairro JOSE AMÉRICO	Cidade RIACHO DOS CAVALOS	Estado PARAÍBA	CEP 58.870-000
Email JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM		Telefone (DDD) (83) 99660-2901	

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)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRABESCO NRO 5774	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

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.

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rosivânia Teodoro de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018

FAPPF.001 V001/2017





VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
CANDIDO CAETANO CARNEIRO
RUA VINTE E OITO DE DEZEMBRO 18
TERM.NET-ISO 00012540 DATA 14/08/2018
DATA:14/08/2018 HORA DE BRASILIA:09:37

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA 09:37HR
AGENCIA 5774 CTA 0561917-3 14/AGO/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POUF)

TOTAL DE RECURSOS

SALDO DISP. P/INVEST.

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C +

----- JULHO 2018 -----

DIA HISTORICO N.DOCTO

13 SALDO ANTERIOR

25 RENDIMENTOS 2503715

POUF FACIL-DEPOS A PARTIR 4

GASTO C CREDITO 3990206

S A L D O

31 TRANSF.AUT. C/C 5774354

JOSENILDO ALMEIDA DA SILVA

11 SET. 2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 291/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **20/03/2018** hora: **13H20MIN**

Notificante: ****, alcunha "****", Nacionalidade: ****,
naturalidade: ***, nascido em **/**/****, documento: ***, filho de
*** e de ***, endereço: *****, referência: ****.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. de Barros e Silva**

Vítima: **ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA**, alcunha "****", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, idade: 30 anos,
nascido em 25/05/1987, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: agricultora, Escolaridade: *****,
documento: RG 3053482 SSP/PB, filiação: Raimundo Teodoro Sobrinho
e de Rita Francisca de Sousa, endereço: Rua José Pereira de Sousa,
s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos-PB, referência: ****.
Tel/Cel: (***)(***)

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda Biz
125 ES, cor vermelha, placa NPV 5235/PB, CHASSI 9C2JC42209R062874,
licenciado em nome de JOÃO FRANCISCO DE FREITAS, na Rua Epitácio
Maia de Vasconcelos, próximo ao Mercadinho de Bracinho, Riacho dos
Cavalos-PB, quando paasou por uma pedra solta e perdeu o controle
da moto caindo no chão; QUE a a vítima foi socorrida pela
ambulância municipal de Riacho dos Cavalos, que a levou para o PSF
I no Bairro José Américo em Riacho dos Cavalos-PB onde realizou
uma sutura na cabeça e posteriormente foi transferida para o
Hospital Regional de Sousa, onde o médico observou na vítima uma
fratura no pé direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 26 de março de 2018. Às 15:57 horas.

Rosivânia Teodoro de Sousa

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL -
Matrícula: 168.447-7

INSCRIÇÃO ESCRITO

11 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

CPF da Vítima

088.829.934-69

Data do Acidente

20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM

Telefone (DDD)

(83) 99660-2901

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RIACHO DOS CAVALOS/PB 13 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Rosivânia Teodoro de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

DALI.001 V001/2017

11 SET. 2018



21/03/2018

Guia de Atendimento 05

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



360003927

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIMA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNPJ: 06.778.266/0027-08 UF: 25
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA

DADOS DO PACIENTE

NOME: ROSMÂNIA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00036522
SEXO: F DN: IDADE: 25/05/1987 - 30 A 9 M 27 D RAÇA/COR: PARDA
MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCUPAÇÃO:
NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS - PB SISPREENATAL:
CNS: 702907596052472 CPF: DOCUMENTO:
ENDEREÇO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - S/N - CENTRO CONTATO: (31) 99650-9992
COMPLEMENTO: ESTADO: PARAÍBA
MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.870-000
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251280 DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose fabio

CLASSIFICAÇÃO NÃO INFORMADO PESO TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exame de sangue
Exame de urina
Exame de fezes
Exame de ECG
Exame de RX

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELEIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS, TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERVENÇÃO
☐ APLICADA
☐ ÓBITO
☐ RESIDENCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES - CARIMBO

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PREENCHER DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

11 SET. 2018

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO, S/N - JOSE AMERICO
RIACHO DOS CAVALOS/PB CEP: 56870000 (AQ: 246)

energisa

Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 14 - 246 - 405 - 5090
NP medidor: 00008667224

Referência: Fev/2017
Emissão: 20/02/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 270, Km 25 - Canto Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 54071-680
CNPJ: 09.066.183/0001-40 - Insc. Est. 16.115.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.111.001
Código para Débito Automático: 00017130766

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1713076-6

Fev/2017

Canal de contato

Apresentação

20/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

23/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

energisa

Documento para pagamento

Resumo para o cliente

Resumo para o cliente

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 270, Km 25 - Canto Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 54071-680
CNPJ: 09.066.183/0001-40 - Insc. Est. 16.115.923-0

NOME DO CLIENTE

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSEFA OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO, S/N
RIACHO DOS CAVALOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713076-6

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

25/07/2018

CONSUMO

6

VENCIMENTO

01/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 32,39

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS

Roteiro 14 - 246 - 405 - 5090

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/08/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	EXPERIÊNCIA
01/08/2018	R\$ 32,39	100% POS - 100% POS

11 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 14:45:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102714452274500000034350596>

Número do documento: 20102714452274500000034350596

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

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 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 SUSEP¹ 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.494.194 / 94, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.829.934 / 69, 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		Número	Complemento
AUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO		S/N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JOSÉ AMÉRICO	RIACHO DOS CAVALOS	PARAÍBA	58.870-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
JOSE OLIVEIRA. ADVOGADO@GMAIL.COM	(83) 99696-4240	(83) 99660-2903	

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

José Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO FRANCISCO DE FREITAS

RG nº 1.152.802, data de expedição 01/10/14 85
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 752.722.614-53, com
domicílio na cidade de Catolândia/Rocha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pedras de Freitas, nº SLN

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, cujo o condutor era
ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

Veículo: PAS / MOTONETA / NÃO APLIC

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2009

Placa: NPV 5235/PB

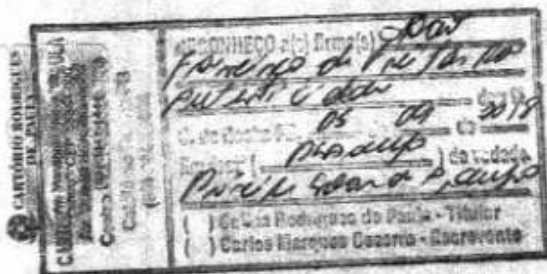
Chassi: 9C2JC42209R062874

Data do Acidente: 20/03/2018

Local e Data: RINCHO DOS CAVALOS/PB, 13/08/2018

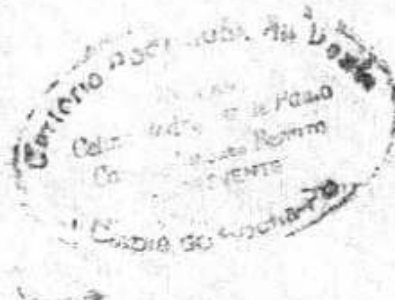
João Francisco de Freitas
Assinatura do Declarante

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



Eriscila Soares de Araújo
Enfermeira

Selo Digital: AHL75129 - 5FFS
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO ORIGINAL

11 SET. 2018





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATPSTPZO. MÉDICO

ATKSTO PARA OS Q TULOUS FLUS
FA QUE ROSIUMUW TPIDUPO AT
BOUBA FOI ATWOLPA NYS TA
UNIDPOI SUDCE PU O WZ 2003-18
WOM POLITROUPTASMS. RFAIUDPO
GUTURA FIBIUMUW COUSI UBEFUDU
CURATIUMS DMS TS UPIA WTS. HTA.
TIUDU KX. PE QIHTITO I BUDHIZO
WOM FRATURAS. JMY. OMBIS.
HTP/IDPO UMOBILIZACAO WY.
ATPOUUA. PARA DUPLIACAO
VISTITIS

20.03.18.

DATA

PROFISSIONAL

Dr. João Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

11 SET. 2018





ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
ROSILVA MELO TEODORO DE SOUSA
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122.5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20.03.18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável





PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
Laudo Médico Pericial

Página 1 de 1

03/04/2019 07:18:35

Requerente: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Sexo: Feminino

Nasc.: 25/05/1987

NB: 625.151.109-9

Est. Civil:

RG.: 00003053482

Emissão:

Nº Requer.: 192163226

Ocupação:

Data Exame: 05/12/2018

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO

História:

Requerente recepcionista, desempregada, refere ter sofrido acidente de moto em 20/03/2018, com fratura em pé D e TCE, em tratamento conservador. Atualmente sem queixas. Apresentou atestado médico emitido em 20/03/2018, por Dr. Ivaldo Lima (CRM-PB 3388), com CID10 S92.2/S92.3.

Início da Doença: 20/03/2018

Cessaçã do Benefício: 20/06/2018

Início da Incapacidade: 20/03/2018

CID: S922

Fratura de outros ossos do tarso

Considerações:

Houve incapacidade laborativa por 90 dias.

Exame Físico:

Consciente, orientada, afebril, eupneica, acianótica, anictérica, com boa perfusão periférica e bom estado geral.
Marcha livre. Sem dificuldade para sentar e levantar-se.
Sem outras alterações dignas de nota ao exame médico pericial.

04 ABR. 2019

Ac. do Trabalho: NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: SIM

Auxílio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

Resultado: Existiu incapacidade laborativa.

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



L-Spine: AP

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

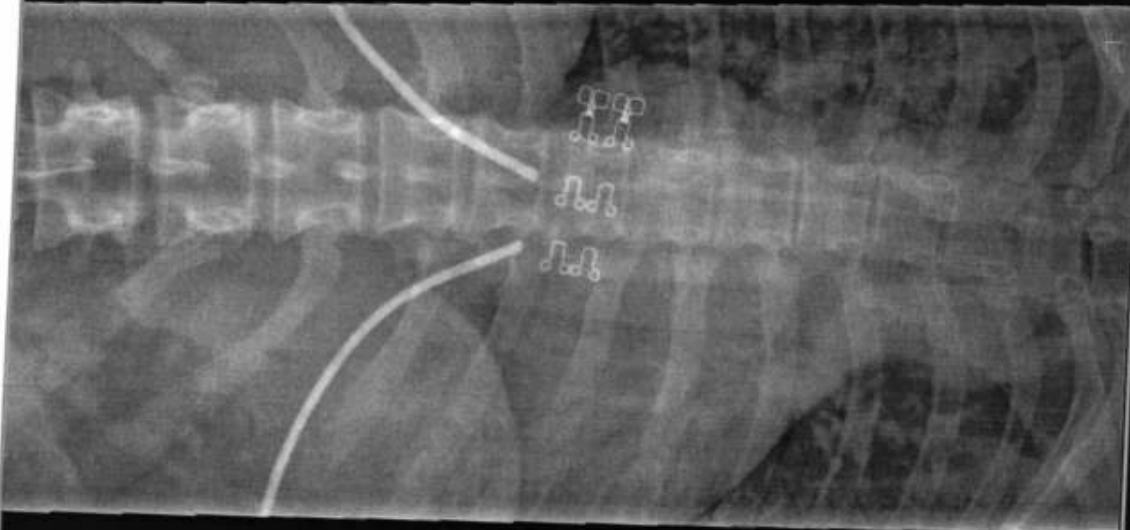
5/25/1987 F

3/20/2018

3:07 PM

1

SID mm



UNIQUE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 sbv:2.04 eq:-0.6 m:0.52

Zoom 100

Referring Physician: DRB IVALL

- IV - m

Operator us

04 ABR. 2019

L-Spine: AP

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

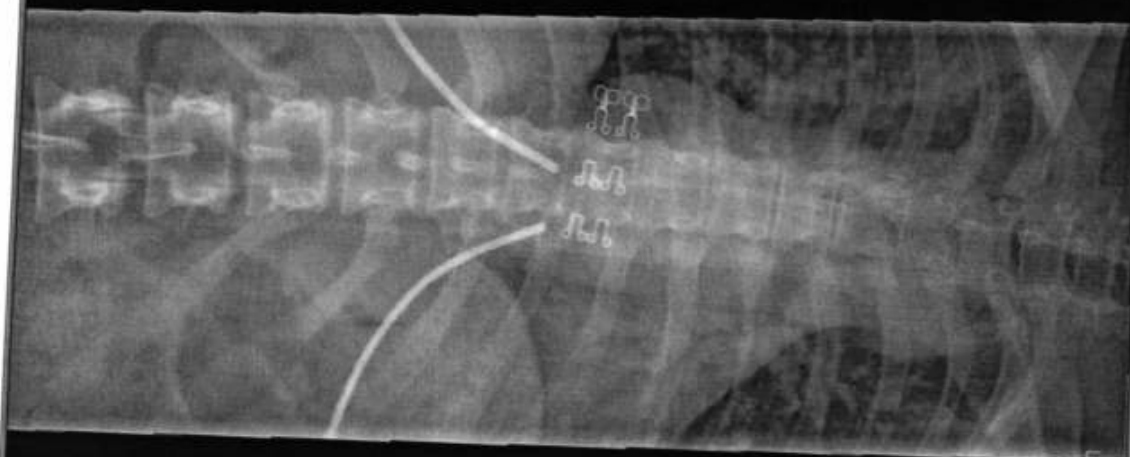
20160320-01-0012

5/25/1987 F

3/20/2018

3:09 PM

SID mm



UNIQUE S:200 L:4.0 SCL d:1.1 gr:2.19 str:2.04 eq:0.6 m:0.52

Operator u
- kV - m
Zoom 100

04 MAR 2019

04 ABR 2019



L-Spine: Lateral

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

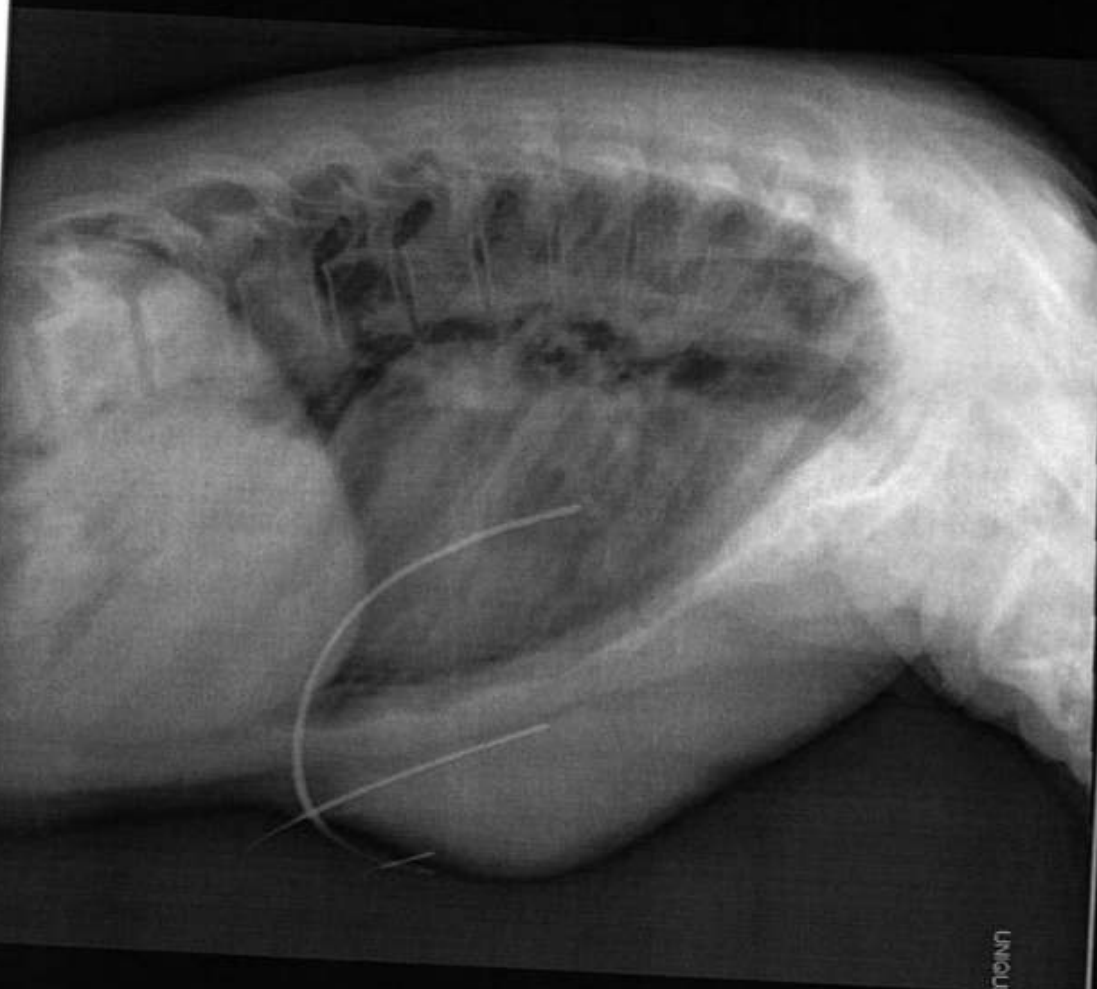
5/25/1987 F

3/20/2018

3:10 PM

1

30 mm



UNIQUE S:200 L:4.0 SCL d1.1 g:2.19 str:2.04 eq:-0.8 nr:0.52

Operator u

-HV - R

Zoom 100

04 ABR 2019



SID mm

Ankle: Lateral

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

3/25/1987 F

3/20/2018

3:14 PM

1



R

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB dt:3 gr:5.98 sb:4.58 eq:1 fr:0 dc:3.31 b:
Operator user
- IV - mAs
Zoom 100%

04 ABR. 2019



Ankle: AP

ROSAMARIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

5/25/1987 F

3/20/2018

3:15 PM

1



L

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.74 g:3.09 sb:4.58 eq:1 r:r:0 dc:3.2
Operator us
- kV, - m
Zoom 100

04 ABR. 2019





4/17/22

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO





ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

PACIENTE

ATPSTPZO. MÉDICO

ATKSTO PARA OS Q TULOUS FLUS
FA QUE ROSIUMUW TPIDU60 AT
BOUBA FOI ATWOLPA NYS TA
UNIDAT SUDF PU O WZ 2003-18
WM POLITRONUTASMS. RFAIUGP
GUTURA FIBIUMUO COUSI UABEUGU
CURATIUMS DMS TS UPIA WTS. HTA.
TIUO KX. PE QIHTITO I BUDHIZO
WM FRATURAS. JMY. OMBIS.
K+P/1000 UMOBILIZACAO WY.
ATPOUUA. PARA RUPLIAC
VISTITISUS

20, 03, 18.

DATA

Dr. João Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

PROFISSIONAL

11 SET. 2018





ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
ROSILVA ME TEODORO DE SOUSA
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122.5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB, 20.03.18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável





11 SET. 2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3053482** DATA DE EXPEDIÇÃO **27 AGO 2002**

NOME **ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA**

FILIAÇÃO **Raimundo Teodoro Sobrinho**
Rita Francisca de Sousa

NATURALIDADE **Riacho dos Cavalos-PB** DATA DE NASCIMENTO **25/05/1987**

Cert. Nasc. 4.684, fls. 250, Liv. 5/N

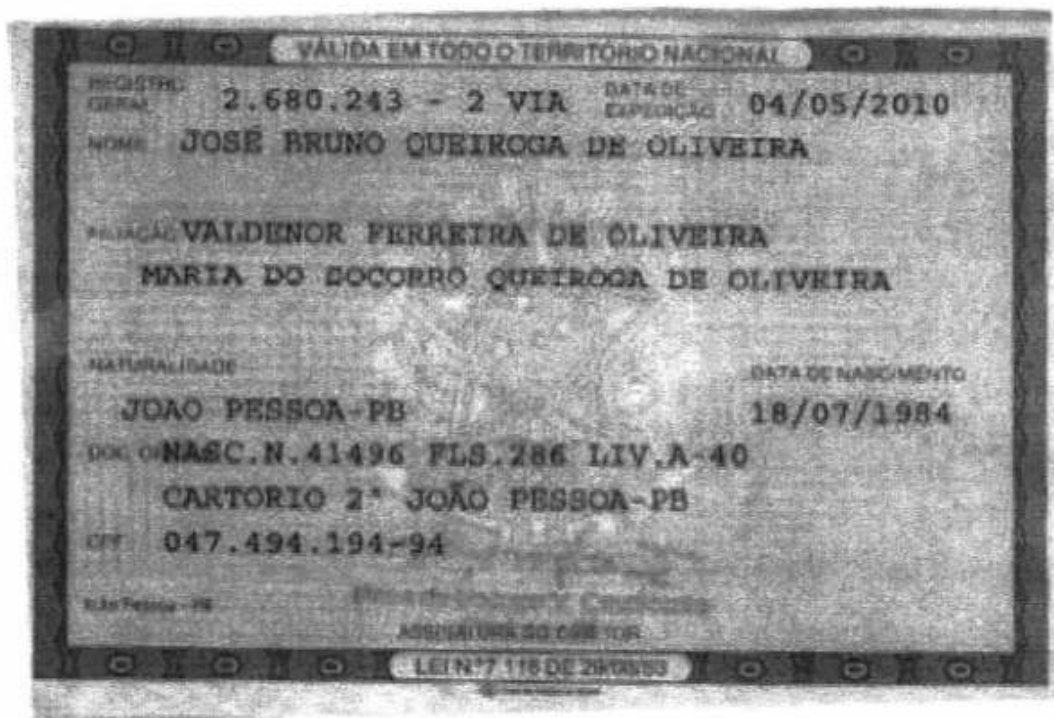
DOC. ORIGEM **Cart. Riacho dos Cavalos-PB**

Assinatura do Diretor

BRASIL LIVRE DA ANILHA

11 SET. 2018





11 SET. 2018



11 SET. 2018

DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011545693301
 VIA 1 0014730866-6 00/00000000 2015

JOAO FRANCISCO DE FREITAS
 NOME

75272261453
 CFC/CMF

NPV5235/PB
 PLACA

NOVO
 PLACA ANT./UF

9C2JC42209R062874
 CHASSI

PAS/MOTONETA/MAO APLIC
 ESPECIE TIPO

GASOLINA
 COMBUSTIVEL

HONDA/BIZ 125 ES
 MARCA/MODELO

2009 2009
 ANO FAB. ANO MOD.

2 P/124 /CI
 CAP/ROT/OL

PARTIC
 CATEGORIA

VERMELHA
 COR PREDOMINANTE

IPVA PAGO EM 20/05/2015
 COTA ÚNICA

1º
 VENC./COTAS

FAIXA/PVA
 V A

0
 PARCELAMENTO/COTAS

2º
 VENC./COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO P A G O

05/02/2015
 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
 CANCELAMENTO

CATOLE DO ROCHA-PB

32280

28/05/2015
 DATA

31054

PB Nº 011545693301 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 75272261453
 CFC/CMF

2015 28/05/2015
 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

00147308666
 RENAVAM

HONDA/BIZ 125 ES
 MARCA/MODELO

NPV5235/PB
 PLACA

2009 9
 ANO FAB. QNT. TAP

9C2JC42209R062874
 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

05/02/2015
 DATA DE DURAÇÃO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

31054-0734154-20150528

JUN-2014

11 SET. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Número do Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

