

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10731238

A/C: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170167224 ASL-0109818/17  
**Vítima:** JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 07/05/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10733067

A/C: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170167224 ASL-0109818/17  
Vitima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
Data Acidente: 07/05/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- DUT faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº 11701251

a/c: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro: 3170167224 ASL-0109818/17  
Vitima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
Data Acidente: 07/05/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO POR



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seg. DPVAT que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras. Para evitar erro no preenchimento da indenização, no parágrafo

EU, Joselio Rodrigues dos Santos  
PORTADOR(A) DO RG Nº 62972905 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01-06-99  
CPF 042057214-71 /CNPI REG. C. 1. Vigia  
E RENDA MENSAL DE R\$ 15,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joselio Rodrigues dos Santos SURTIU A SEGURADORA LIDER DON CON SÚCROS TAL E CULO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

1. A Circular Sudepi nº 44/2012, no âmbito da prevenção à lavagem de dinheiro, determina que, todos os documentos apresentados para a obtenção dos valores devidos no pagamento da indenização, este crédito deve constar, além do nome, dos dados de identificação pessoal, da data de emissão e da data de validade.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados **não devem** ser fornecidos juntamente com os documentos:

- Conta salário ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Emprego/GR - nos documentos aparecem termos tais como: CHEFE ou V. M. em contrato social ou L. 134;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL (pequeno 023 da CEF - Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em unidade físicas com o limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento reavalia-se a aprovação da proposta de abertura de conta, com base em um comprovatório dos dados bancários);
- CN - do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização, e não cadastrado em qualquer banco, e não há no site do RECSO e CIBISA, [www.casasibanda.gov.br](http://www.casasibanda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT. Sinistros que não são o mesmo da conta bancária, para o crédito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com uma cópia digitalizada em um dos dois estados: não, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia de verso do cartão de crédito ou qualquer outra de cópia de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10553 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16946-3

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

Nº do BANCO 111 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 111 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 111

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

João Pessoa, 03 de Março de 2017 Joselio Rodrigues dos Santos  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

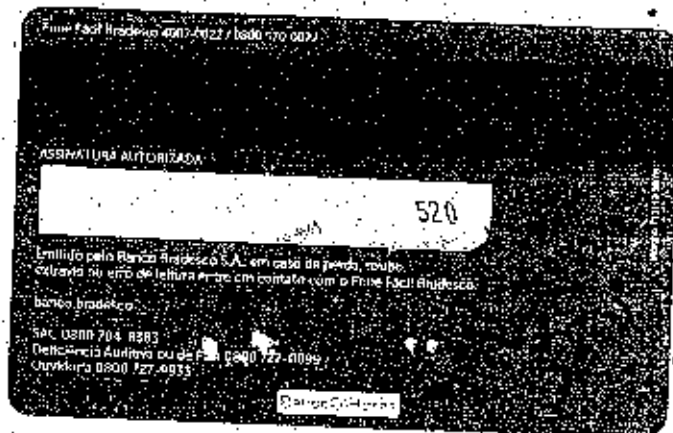
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte por qualquer causa (incluindo acidente de trânsito), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (para quem trabalhar na atividade da qual foi vítima do acidente de trânsito) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise da sua indenização, acesse o site [www.sisdpvat.gov.br](http://www.sisdpvat.gov.br) ou ligue para o SAC DPVAT 1100-801100.

SINCOR/PB

20/03/2017

04/02/82



SINCOR/PB

28/03/2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00300.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00300.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 15 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joselio Rodrigues dos Santos**, conhecido(a) por Freire, CPF nº 042.057.214-71, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigia, filho(a) de Maria das Graças Rodrigues dos Santos e Otavio José da Silva, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 04/02/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Mucum, Nº SN, complemento ACAU, bairro Centro, tendo como ponto de referência Por Trás do Bar de Arlindo, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99390-7608.

**Dados do(s) Fatos:**

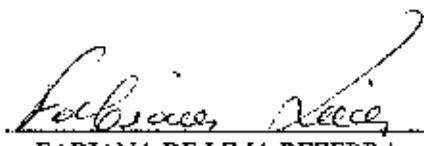
Local: Pb 044, Perto da Usina Tabu, Caaporã/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 07/05/16 10:35h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

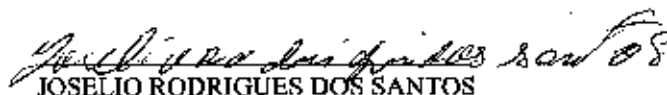
Que no dia 07.05.2016, por volta das 10h35, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG125 FAN, COR PRETA, ANO 2008, PLACA KHP5669/PE, CHASSI 9C2JC30708R215669, DE PROPRIEDADE DE EDNALDO FRANCISCO DA SILVA, pela PB 044, Caaporã/PB, quando após passar pela Usina Tabu foi trancado por outra MOTOCICLETA não identificada, onde o noticiante acabou colidindo com a mesma, vindo ambos a caírem ao solo; Que devido ao fato o noticiante veio a sofrer FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, sendo socorrido pelo SAMU de Caaporã e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que o noticiante informa que o outro condutor não machucou-se, apenas uma mulher que vinha na garupa machucou o pé; Que a Polícia Militar foi acionada e esteve no local, onde realizou os procedimentos devidos. Diante do exposto noticiou o fato.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

  
JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Noticiante



SINCOR/PB

20/02/2017

Procedimento Policial: 00300.01.2017.1.00.420

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Joselio Rodrigues dos Santos, portador da carteira de identidade nº 6297295 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049057214-71, residente e domiciliado na Rua do Ilucium S/N Cidade Acau-PB Estado Paraíba, 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 (Idem DPVA) 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 impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 03 de Março de 2017

Local e data

SINCOR/PB

20/03/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA



0005

SAUDE

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nome: <u>HEETSAL</u>	ID da Ocorrência: <u>100000</u>	USB: <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: <u>47</u>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída do Base: <u>10:35 Hs</u>	Hora de Chegada no Local: <u>10:45 Hs</u>
Endereço / Unidade: <u>Rua do Brasil s/nº 1438</u>			Idade: <u>39</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Telefone: <u>3333</u>	
Local de Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Tequera <input type="checkbox"/> Piumbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acau <input checked="" type="checkbox"/> Outros			Médico Responsável: <u>[Assinatura]</u>			
Vedado: <u>NA</u>			Bairro: <u>LAJAS</u>			
Localidade da vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Lima <input type="checkbox"/> Duas <input checked="" type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três						
Tipo de local: <input checked="" type="checkbox"/> B-USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Jantares <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PPF <input type="checkbox"/> BPTIRAN <input type="checkbox"/> Outros						
Causa: <input type="checkbox"/> Secundo por terceiros <input type="checkbox"/> Secundo por animais <input type="checkbox"/> Evoluiu-se de local <input type="checkbox"/> Proibido <input type="checkbox"/> Outros						
Destino do paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local e liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no local <input type="checkbox"/> Óbito durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar)			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)			

TURMA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO <input checked="" type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Local: <u>LAJAS</u>	Hospital de Origem:
	Responsável:
	Hospital de Destino:
	Responsável:
CAUSAS EXTERNAS	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> Ação do Tráfego	<input type="checkbox"/> Doença / Lesão
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> Queda do moto	<input type="checkbox"/> Doença
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro	<input type="checkbox"/> Infarto miocárdico Anterior
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Outros: <u>Moto x moto</u>	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso contínuo
<input type="checkbox"/> F.A.F.	
<input type="checkbox"/> F.A.B.	
<input type="checkbox"/> Agressão Física	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desenterramento	
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	
<input type="checkbox"/> Outros:	

Dados vitais: 34x50 72 22 32 90 90

HISTÓRICO CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Realização de Enfermagem:

Intervenções: IMOBILIZAÇÃO + AVP + SANGUE

Relatório de Enfermeiro:

Atendimento realizado no local de ocorrência, vítima com lesões múltiplas, encaminhada para o Hospital de Referência.

Atendimento realizado no local de ocorrência, vítima com lesões múltiplas, encaminhada para o Hospital de Referência.

Indicação da Regulação Médica: de caráter NECESSÁRIO, para atendimento em URGÊNCIA.

IMOBILIZAÇÃO + SANGUE + AVP + SANGUE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Rodrigues dos SantosRG nº 6297295, data de expedição 01/06/99, Órgão SSD/PB

CPF nº 042 057 214-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Uacium</u>
Número	<u>510</u>
Apto./ Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Acaia-PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58394-000</u>
Telefone de Contato	<u>993907608</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 03-03-2017

Assinatura do Declarante:

José Rodrigues dos Santos

SINCOR/PB

28/03/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	04/02/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	918.522
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/05/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	V 29 + S 42.0 + S 51.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÁ, QUEIXANDO-SE DE DOR EM CLAVÍCULA DIREITA E COTOVELO DIREITO. EF= FERIMENTO CORTOCONTUSO EM COTOVELO DIREITO. GLASGOW 15.

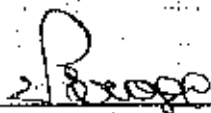
### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TÓRAX  
RX DE OMBRO DIREITO- FRATURA DE CLAVÍCULA

### TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT + TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM ENFAIXAMENTO + RETORNO AO HTOP APÓS 08 DIAS PARA AVALIAÇÃO + SUTURA DO FCC + MEDICAÇÃO.

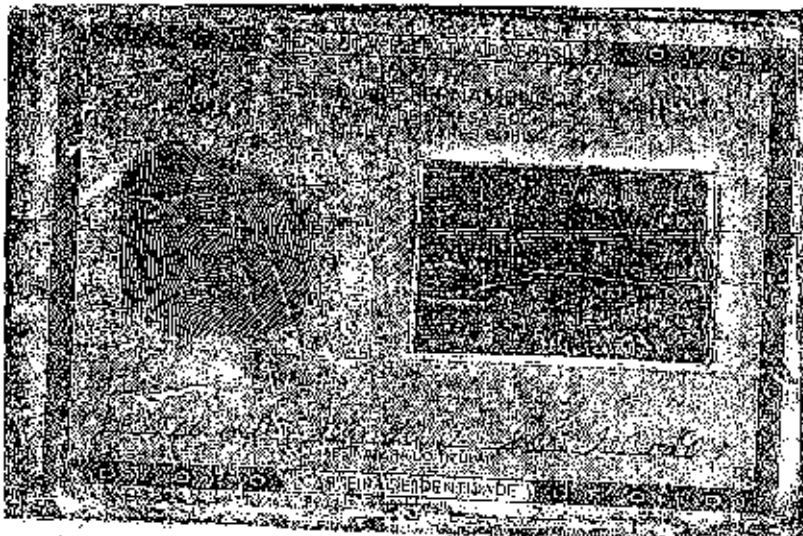
ALTA HOSPITALAR: 07/05/2016  
DATA DA EMISSÃO: 20/09/2016

  
Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB

20/03/2017



6297235 01.06.1930  
JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS  
Nascimento em: Vila José da Górgia,  
Faria das Graças, Município de  
Santos  
Itambé-SP. 04.02.1982  
CPF: 552312401-71  
MUL. de Itambé-SP

6297235 01.06.1930

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO  
04/02/1930

CPF  
552312401-71

MUNICÍPIO  
ITAMBÉ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
PL. LEI Nº 4720/54

UNIDADE  
ELETORAL

1581

04/02/1930

CPF  
552312401-71

Assinatura do titular

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

042057234-71

04/02/30

JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SINCOR/PB  
28/03/2017