

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190251985**

**Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 07/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251985**

**Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 07/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

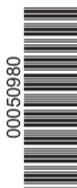
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190251985**      **Vítima: LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 07/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.012,50

**Recebedor: LEONARDO DA SILVA JUNIOR**

**Valor: R\$ 1.012,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000039873-8**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	453.348.738-30	Leonardo da Silva Junior		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Leonardo da Silva Junior		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número: 5N Complemento: Q62 BL33	
Recuso Informar	Rua Inácio da Cunha Belchior dos Santos	153.348.738-30		
Bairro:	Cidade:	CEP:	58068-345	
Gnomorim	João Pessoa	Tel.(DDD):		
E-mail:				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036  CONTA: 39873  8  
(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 as custas da Seguradora Lider 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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: João Pessoa, 02/04/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (P) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03493.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03493.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:52 horas do dia 29 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leonardo da Silva Junior**, CPF nº 153.348.738-30, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Protetico, filho(a) de Marilene da Silva e Leonardo da Silva, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 14/11/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Freire da Nobrega, Nº 102, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98715-7465.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Prefeito Luis Alberto Moreira Coutinho, Próximo Ao Garrafão, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;  
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/10/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 07/10/2018, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA IROS ONE 125 DE COR VERMELHA, ANO 2011, PLACA NPW-5184/PB, CHASSI 96ZNE2125BM000332, REGISTRADA EM NOME DE ANA CAROLINA LOPES DOS SANTOS, NA AVENIDA PREFEITO LUIS ALBERTO MOREIRA COUTINHO, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO VEIO NA CONTRA MÃO E COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARS ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO, CONFORME CERTIDÃO 0224/2019 ASSINADO PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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

João Pessoa/PB, 29 de março de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

LEONARDO DA SILVA JUNIOR  
Noticiante

# 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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	453.348.738-30	Leonardo da Silva Junior		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Leonardo da Silva Junior		
Profissão:	Endereço:	CPF:	Número: 5N Complemento: Q62 BL33	
Recuso Informar	Rua Inácio da Cunha Belchior dos Santos	153.348.738-30		
Bairro:	Cidade:	CEP:	58068-345	
Gnomorim	João Pessoa	Tel.(DDD):		
E-mail:				

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 39873 8	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 as custas da Seguradora Lider 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

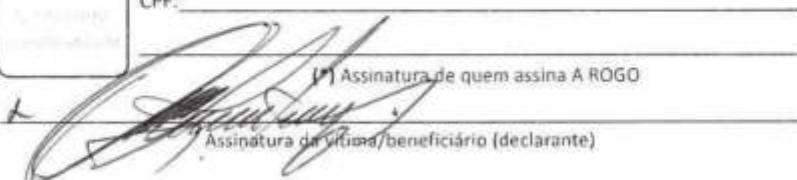
Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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 (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data:	Local e Data: João Pessoa, 02/04/2019
Nome:	Nome: _____
CPF:	CPF: _____

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  
  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA,  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ: \*

Ficha Nr: 170276 Atd: Nao Regul.  
Data: 07/10/2018  
Hora: 13:46:24  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.000983

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4473930 Fone: 988300586

Natural: SAO PAULO/SP Data Nasc.: 14/11/1971 Id: 46 ano(s)

End.: RUA ANTONIO FREIRE DA NOBREGA, 95

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARILENE DA SILVA

Pai: LEONARDO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA-JANAINA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO 07/10 COND A TARDE

Vitima de violência por: EM FRENTE AO GARRAFAO MANGABEIRA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemica: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

Observacao

COLISAO CARRO COM MOTO FERIMENTO NO PE ESQUERDO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico). Pouco relato colisão moto x carro  
uso de copo e t. Negar desmaio, náuseas e vômitos. Possui alergia a aspirina. Vozina po  
fetôno irregular.

Diagnostico

Fr extenso  $\approx$  40-50º PDE

1) Conduta ① Auscultação inicial  
2) Ráio x pé esquerdo AP e oblíqua  
3) Auscultação do tórax

Prescriçao

Prisogic de Jiloty 20mg. EV+AD agora.

Horario da medicacao

Marcela Vieira  
Cirurgia Vascular  
CRM-PB: 25.550  
CRM-OR: 00776

2) Rx Bilio coluna e p/mais

3) Rx abdome e tórax

2) Rx tórax e abdome

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao  
Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi

# 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: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000039873-8

---

Nr. da Autenticação 9249E44D4829AC5B

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento é um comprovante de pagamento.  
Este documento não é um documento de identidade.  
Para mais informações, entre em contato com a Energisa ou o seu fornecedor de energia.  
Nº 031.233.198



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 55071-400  
CNPJ 09.195.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.215.623-0

## DADOS DO CLIENTE

JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA  
RUA MOTORISTA ANTONIO BELARMINO DOS SANTOS S/N Q 62 BL 33 AP 102  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1577052-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

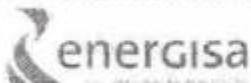
01/03/2019

202

12/03/2019

R\$ 205,02

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JANAINA NEVES DE AMORIM DA SILVA

Roteiro: 01-002-900-5050

83650000002-8 05020149000-5 15770522019-0 03400002019-7

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

12/03/2019

R\$ 205,02

1577052-2019-03-4



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo da Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 153 348 738-30  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez ca Vítima Leonardo da Silva Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 153 348 738-30, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	

Local e Data: João Pessoa - PB 02/04/19

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

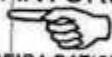
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA CALINA LOPES DOS SANTOS,  
RG nº 4976819, data de expedição 18/05/1993  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 036773174-60 com  
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: PROFESSORA MARIA LIANZA, J. C/0. UNIVERSIT. nº 242  
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 Leonardo da Silva Júnior cujo o condutor era  
Leonardo da Silva Júnior

Veículo: moto  
Modelo: IRSTONE 425  
Ano: 2011  
Placa: NPW 5184/PB  
Chassi: 96Z NE005BM000332  
Data do Acidente: 07-10-18  
Local e Data: João Pessoa, 31-04-19

Ana Calina Lopes dos Santos.

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
  
VIEIRA BATISTA

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERSPAR LIMA

VALIDA EM TUDO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

971777804

NOME: LEONARDO DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. PANSOR IP  
23101749 ESP BP

CPF: 153.348.738-30 DATA NASCIMENTO: 14/11/1971

Função: LEONARDO DA SILVA  
MARILENE DA SILVA

PERMESSO: NCC: CÁMARA: RJ

INSCRIÇÃO: 02136377636 VALIDEZ: 01/09/2019 1ª HABILITAÇÃO: 27/07/1990

COMPROVAÇÕES

Assinatura do portador

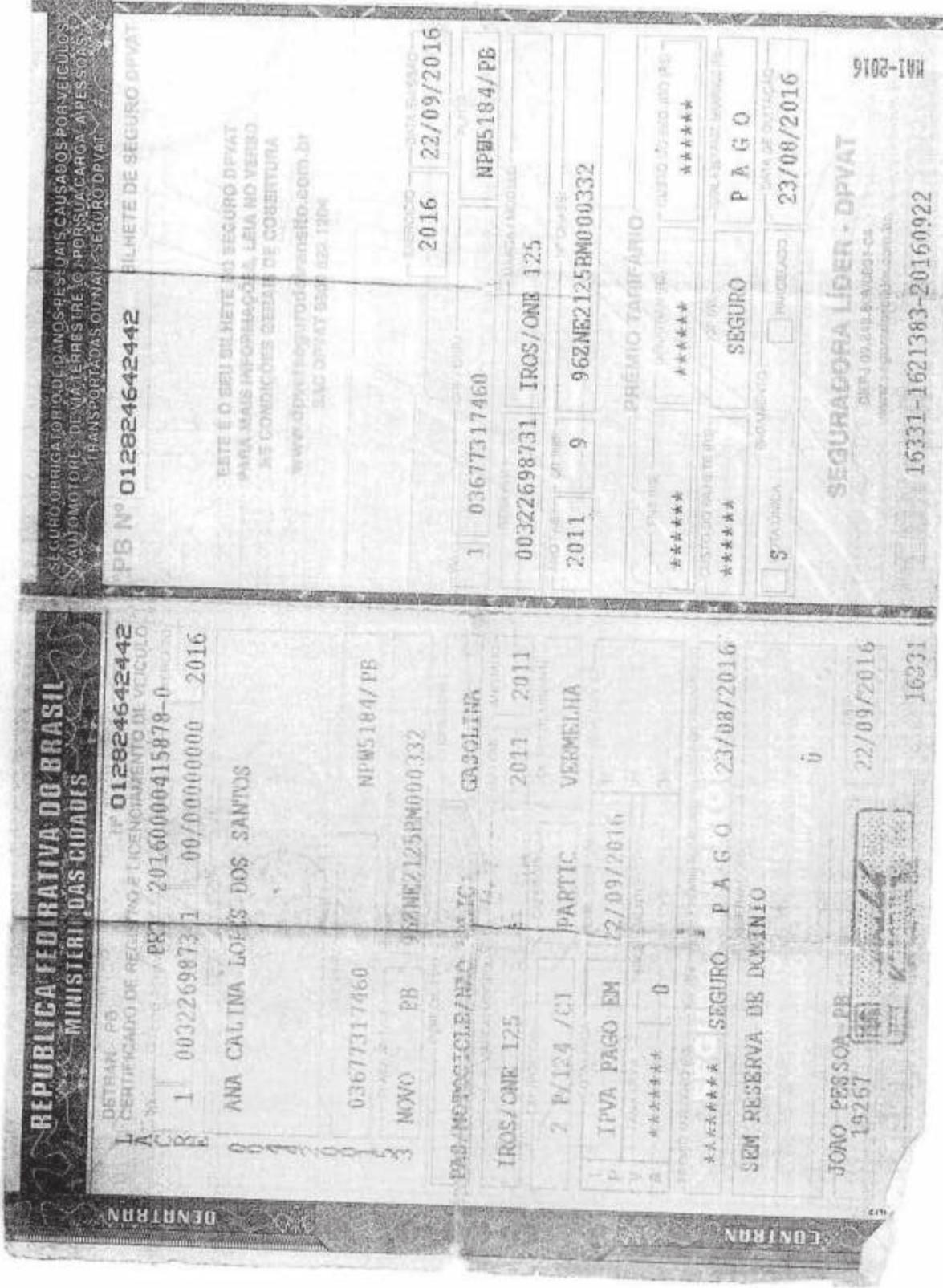
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 02/09/2014

Rodrigo Correia / hs 46485569513  
Assinatura do Emissor PB029168724

DETALHADA (PARA/EA)

PROIBIDO PLASTIFICAR





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190251985      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 07/10/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LIMPEZA E DEBRIDAMENTO, AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Leonardo da Silva Júnior,  
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão  
Professor, CI RG nº 23101749,  
CPF/MF nº 153.348.738-30, residente e domiciliado(a) à Rua  
Notariai Antônio Belarmino dos Santos s/n  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58068-375, telefone  
98663-6900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 28 de março de 2019

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel. Rosângela Vieira Batista - Sede  
Rua Elza Peixoto de Araújo, 40 - Mangabeira/PB - João Pessoa - PB - Fone: (83) 3222-1000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) 5 Fármac(s) de: 15/03/2019  
LEONARDO DA SILVA JÚNIOR

\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 28/03/2019 15:22:33  
Rikeley Alaeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO  
[2019-014643]EMUL:R\$ 89,91 FARPEJ:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AII55253-Z0D9  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112082/19

**Número do Sinistro:** 3190251985

**Vítima:** LEONARDO DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 153.348.738-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/10/2018

**Titular do CPF:** LEONARDO DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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: 12/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA