
Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240310

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240310

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200240310

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura 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



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280234

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200280234

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLUCIANO DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046 762 554 97 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo da Silva

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

5 - Nome completo: Carlos Eduardo da Silva 6 - CPF: 046 762 554 97
7 - Profissão: casado 8 - Endereço: Rua Sete Cachoeira 9 - Número: 51 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pira Rural 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58780 000
15 - E-mail: netos.marcos@hotmail.com/183/987676835 16 - Tel. (DDD): 999471320 24

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2176 8 CONTA: 24606 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 07/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 482 / 2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA E HORA DO FATO: 12 / Abril / 2020 HORAS 18h30.

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

Notificante/Vítima:

CARLUCIANO DA SILVA, brasileiro, Paraibano, nascido no dia 14.11.81, casado, agricultor, nas, digo filho de Inácio Camilo e Josefa Mota da Silva, RG 2991913/SSP/PB e CPF 046.762.554-97, residente no Sítio Cachoeira, zona rural de Itaperanga/PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência, sendo à Itaperanga-PB, conduzindo a moto HONDA/POP100, cor preta, a no 2015 2015, placa QFW3190/PB e chassi 9C2HB0210FR002590, em nome de ERIVANILDO MOTA DA SILVA e ao passar pelo Sítio Catelé, zona rural de Itaperanga-PB, precisamente em frente ao Parque de Vaqueijana de Luiz Carneúba, perdeu o controle da moto ao passar por um buraco, caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para atendimento Hospitalar.

Itaperanga, PB Em, 08 de Maio de 2020

Notificante/Vítima: Carluciano da Silva

Escrivão Plantonista: _____

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA IMAE: 8024-5
CHEFE DE CARTÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280234 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM/PB 11400, 06/08/2020.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO (3160585834 - 22/05/2016) ANTERIOR EM R\$ 4.725,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2176 8 CONTA: 24606 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não afibricados

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

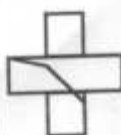
INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Rx02



SUS



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL
DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS)

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204

CNPJ: 08.778.268/0018-09

ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO

BAIRRO: CENTRO

CEP: 58.780-000

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

NOME: CARLUCIANO DA SILVA

IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

UF: _____

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____

CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RAÇA/COR: _____

SEXO: _____

DADOS CLÍNICOS:

Fx de CLAVÍCULA

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de CLAVÍCULA/
OMBRO E AXILAR,
AP VERDADEIRO E
PERFIL DE ESCÁPULA

CID - 10

PROFISSIONAL:

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

Dr. Matheus Coladanti Munitz

MÉDICO

CRM-PB 19174

ASSINATURA DO PACIENTE:

OU POLEGAR DIREITO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DIVISÃO DE REGISTROS DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PRIMAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACQ.
000000

CAT. NAR.
A.2

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Colégio Antônio Soares Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
28079781304

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA EMÍLIO FIGUEIREDO, 23 - CENTRO
 ITAPORANGA/PE CEP: 5870000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO

Classe: RES. MÍN. B1 / RES. ECON. - RES. ECON. B1
 Rótulo: 7 154-26-3110 Referência: Fev/2020
 Medidor: 0008867427 Emissão: 11/02/2020

energisa

ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 241, Km 25 - Centro Redenção - João Pessoa/PE - CEP 58071-680
 UNP: 08106 10110001-41 Ins. Est. 16.016.023-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica: N000714 (C9)
 Cód. para Débito Automático: 00000282026

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conheça a nova, inovadora, acessível e segura do WhatsApp!
 Ela pode te ajudar com informações sobre o seu consumo,
 enviar a sua parcela da conta de energia e de fazer pedido
 de Relação. Saiba mais no nosso número e
 nos chame sempre que precisar. (08) 88135-5549

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4835	1	85	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	Valor	Valor
0801	Consumo em kWh	85,000	0,002150	18,28	18,28	0,82
0801	Adc. B. Antena	1,00	1,00	25	0,25	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE AO R. B. PÚBLICA	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA B. 2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA B. 2020	0,90	0,00	0	0,00	0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues do Santos
inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064 / 109 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Carlucciano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.762.554 / 92
do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Carlucciano da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.762.554 / 92, 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: <u>Rua Lúcia Kipureco</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaquaranga</u>	Estado: <u>P.B</u>
E-mail: <u>netos_morreio@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280000</u>	Tel.(DDD): <u>99947152024</u>

Local e Data: Itaquaranga 07/07/2020

Edilson Rodrigues do Santos
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DIVISÃO DE REGISTROS DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

PRIMAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS

COGNE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACQ
000000

CAT. NAR
A.2

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Colégio Antônio Soares Ribeiro
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
28079781304

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 RUA EMÍLIO FIGUEIREDO, 23 - CENTRO
 ITAPORANGA/PE CEP: 5870000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO

Classe RES MTL B1 / RES CENECIAL - RESIDENCIAL

Ribeiro 7 154-26-3110

Metro 0008867477

Referência Fev/2020

Emissão 11/02/2020

energisa

ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 241, Km 25 - Centro Redenção - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
 UNP 081096 10110001-41 Ins. Est 16.016.023-0

Rede Fiscal/Cidade de Energia Elétrica M005 714 (C0)
 Cód. para Déb. Automático: 00000282026

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conheça a nova, inovadora, acessível e segura do WhatsApp!
 Ela pode te ajudar com informações sobre o seu consumo,
 enviar a sua conta e a sua fatura de energia e de fazer pedido
 de Relação. Saiba mais no nosso número e
 nos chame sempre que precisar. (08) 88135-5549

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4835	1	85	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0801	Consumo em kWh	85,000	0,002150	18,28	18,28	0,82
0801	Adc. B. Antena	1,00	1,00	25	0,25	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTROLE AO R. B. PÚBLICA	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA B. 2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA B. 2020	0,90	0,00	0	0,00	0,00

FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014666263825
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COG REMANECER 201910000000000000 2019

1 0105671313-2 00/00000000 2019
ERIVANILDO MOTA DA SILVA

15447743893 QFW3190/PB
NOVO PB 9C2HB0210FR002590
PAS/MOTOCICLE/MRO APLIC COMBUSTIVEL

HONDA/POP100
2 E/97 /CI PARTIC PRETA
HONDA/POP100 2014 2015

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 1º 2º 3º

SEM RESERVA DE DOMINIO
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

ITAPORANGA 17/07/2019

PB Nº 014666263825 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEU DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE SOBRESCRITA
WWW.seguredoradepvat.com.br
SAC DPVAT 0800 028 1104

2019 17/07/2019
QFW3190/PB
01056713132 HONDA/POP100
9C2HB0210FR002590

2014 2015
PREMIO TARIFARIO
9C2HB0210FR002590

SEGURO PAGO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

SEGURO PAGO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

17/07/2019



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento: (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 240 310

Data da solicitação: 06/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CARLUCCIANO DA SILVA

CPF do beneficiário: 04676255192

Nome do solicitante: Edson Rodrigues dos Santos

CPF do solicitante: 03921706409

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 999471520 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

[DESCREVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Depoimento 06/08/2020

Local e Data

Edson Rodrigues dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carluccio da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão perito, residente e domiciliado à Rua Silva Cachoeira, nº 51, bairro Alto Natal, Município de Itaporanga, Estado da(o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador(a) do RG nº 2991913 e CPF nº 046.762.554-97

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 12.10.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza material 1

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 07 de Julho de 2020

X Carluccio da Silva
outorgante

CPF Nº 046.762.554-97

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

PROCURAÇÃO

Outorgante: Carluccio da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão perito, residente e domiciliado à Rua Silva Cachoeira, nº 51, bairro Alto Natal, Município de Itaporanga, Estado da(o) Paraíba, Cep: 58780-000, portador(a) do RG nº 2991913 e CPF nº 046.762.554-97

Outorgado: Edilson Rodrigues do Santos, brasileiro, estado civil casado, profissão autonomo, residente e domiciliado à Rua Euvidio Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da Paraíba, Cep: 58780 – 000, portador do RG nº 5652161, e CPF nº 039.247.064-09.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou ocorrido em 12.10.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza material 1

Podendo dito procurador, representar o (a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 07 de Julho de 2020

X Carluccio da Silva
outorgante

CPF Nº 046.762.554-97

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219943/20

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

CPF: 046.762.554-97

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97

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: 06/08/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO