





DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		VALIDADE: 2019	
1	486160751	*****	*****
LUCINALDO ALTIJO DOS SANTOS			
ITAMBÉ - PE		ITAMBÉ	
PLACAR: 019-332-794-61		PEX5710	
*****		922JC4110CR586136	
PÁS MOTOCICLETA		GÁSOLINA	
MARCA/ANO/DO		2012 2012	
CAT/GRUPO		COMERCIAL	
2P/124CL		PRETA	
COT/CONTA/OUTRA		1º * * * * *	
IPVA 2019 QUITADO		2º * * * * *	
P-FALCONIA		3º * * * * *	
A-1		VALOR DE PRODUTOS DESPACHADO/DESPACHADO	
PREFÍXO LARANJA (PE)		0,92	0,92
80.11		0,92	0,92
SEM RESERVA		26/02/11	
ITAMBÉ - PE		Roberto Carlos Moreira Fontelle	
		DATA: 27/02/11	
		RESERVA: 00000000000000000000000000000000	

29 AGO. 2019

PE N° 0143557838467 BILHETE DE SEGURO DPVAT LUCINALDO ALTIMO DOS SANTOS	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoradefensiva.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
ITAMBÉ - PE 2019 27/03/19 PFX5710	
019-332-794-51	
466168751 HONDA/CG 125 FAN X9	
2012 09 9C2JC4110CR566128	
PRÉMIO TARIFÁRIO	
36.05 4.01 40.06	
4.15 0.32 84.56	
X CÚPULA	
26/03/19	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.346.800/0001-34	
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT	
6102-N01	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505497 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante Lucinaldo Altino dos Santos, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Alfredo Pasa, n° 51N, bairro Área Rural, Cep. 53339-000
Município de Ritimbú, Estado de(o) PB, SSP/ PB e CPF nº 019.332.794-51
portador(a) do RG nº 389.7131

Outorgado: Alexandra Leite Duarte, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à
Rua Além da Fazenda, n° 157, bairro Mangabeira
Município de Ritimbú, Estado de (o) PB, Cep. 53356-331
portador (a) do RG nº 362.7718, SSP/ PB e CPF nº 026.502.791-74

Por este instrumento particular de procuração o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Lucinaldo Altino dos Santos ocorrido em 28.1.01, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalides

Podendo dito(a) procurador(a), 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.

Ritimbú, 30 de Junho de 2019.

29 AGO. 2019

Outorgante

CPF Nº 019.332.794-51

Cbs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Lucinaldo Altino dos Santos, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Assent. Apasa, nº 71N, bairro área rural, Município de Pitimbu, Estado de(o) PB, Cep. 58329-000, portador(a) do Rg nº 389.7434, SSP/ PB e CPF nº 019.332.794-51

Outorgado: Alexandria Leisan Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Mam Gabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-381, portador (a) do RG nº 362.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.724-14

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Lucinaldo Altino dos Santos, ocorrido em 28/09/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), 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.

Pitimbu

30 de Junho

de 2019.



Lucinaldo Altino dos Santos
Outorgante
CPF Nº 019.332.794-51

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298256/19

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF: 019.332.794-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS : 019.332.794-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/08/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ALEXANDRA CESAR DUARTE

RENATO LUNA DIAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329937/19

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF: 019.332.794-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS : 019.332.794-51

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: 24/09/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505497

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 29/07/2019, emitido pelo Dr. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM nº 3883 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505497

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

019.332.794-51 Bucinaldo Altino dos Santos

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Bucinaldo Altino dos Santos

CPF: 019.332.794-51

Profissão:

Recurso Assent. Apara

Número: 611

Endereço:

Zona Rural

Cidade:

Pitimbu

Estado:

PB

CEP:

58000-000

E-mail:

(83) 98663 4900

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA 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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (194)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3657

CONTA: 120.84

4

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a faixa 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 atende 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 a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às 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 disconferir 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: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Esou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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 - PB 29/08/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

MORTE

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
29 AGO 2013

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se o conhecimento do 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 09726.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09726.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:00 horas do dia 26 de agosto 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lucinaldo Altino dos Santos**, CPF nº 019.332.794-51, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Sebastiana Altino dos Santos e José Altino Francisco, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 13/12/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Apasa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Zona Rural., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 98149-4738.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Oiteiro, Na Rua do Presidio., Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/04/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97**
ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 28/04/2019 por volta das 17:30 horas quando transitava, pelo Rua Oiteiro, Centro do município de Alhandra-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS; ano/mod: 2012/2012, de cor preta de placa: PFX5710/PB CHASSI: 9C2JC4110CR586138 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu abruptamente uma criança na via, Que para evitar colidir na criança freou imediatamente a moto vindo a derrapar. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1226/2019, FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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, 26 de agosto de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

Lucinaldo Altino dos Santos
LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS
Noticiante

29 AGO. 2013

Procedimento Policial 09726.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

019.332.794-51 Bucinaldo Altino dos Santos

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Bucinaldo Altino dos Santos

CPF: 019.332.794-51

Profissão:

Recurso Assent. Apara

Endereço:

Zona Rural

Cidade:

Pitimbu

Estado:

PB

CEP:

58000-000

Bairro:

Centro

E-mail:

Número:

61

Complemento:

(183) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

RENDIMENTO:

RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA 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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (194)

AGÊNCIA: 3657

CONTA: 120.84

4

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a faixa de 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 atende 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 a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às 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 disconcreto 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 compâneiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compâneiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Esou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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 - PB 29/08/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: _____

Aassinatura do Representante Legal (se houver)

Aassinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se o conhecimento do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.
Documento não é comprovante de conta.
Para mais informações, entre em contato com a Energisa Alagoas - N° 028.625.272

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 38.005.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.623-0

DETALHES DO CLIENTE

SEBASTIANA ALTINO DOS SANTOS
ASSENT APASA S/N
PITIMBU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/650742-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	25/07/2019	151	01/08/2019	R\$ 149,21

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 04355.073174 8 79680000014921

Pagador: SEBASTIANA ALTINO DOS SANTOS CNPJ/CPF: 575.750.024-72

ASSENT APASA S/N - AREA RURAL - PITIMBU / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26219120004355073	000650742201907	01/08/2019	R\$ 149,21	09.095.183/0001-40

Beneficiário: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



CONFIRMADO ENERGISA
29 AGO. 2019
LARSON 2020

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

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: 4020-1996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 85 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 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 COAF¹.

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 Alexandria Cesar Duarte

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

Bucinaldo Altino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 019.332.794-51
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bucinaldo Altino dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o N° 019.332.794-51, 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 da residência junto a Seguradora Lider-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:	Rua Agente Fiscal José 6. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDDI): (83) 98663-4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/02/2019

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

29 AGO. 2019

CERTIDÃO

Nº. 1226 /2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº225150 e Prontuário Nº 2019.04.3416 pertencentes ao paciente **LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS** que foi atendido dia 28/04/2019 às 19h26min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fíbula esquerda. Realizado tratamento conservador. Com alta médica dia 07/05/2019.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, deixo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

CONFIRMADO - VIGILÂNCIA À SAÚDE
29 AGO. 2019
F. J. GOMES

CITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
R: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
036-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
M:) - CNPJ:

Ficha Nr: 225150 Atd: Nao Regu
Data: 28/04/2019
Hora: 19:26:50
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SIL
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
Sexo: M IDENTIDADE: 1897434 Fone: 91085239
Endereço: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/12/1976 Id: 42 ano(s)
End.: ASSENTAMENTO EMPASA, 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PITIMBU UF :PB
Mae: SEBASTIANA ALTINO DOS SANTOS Pai: JOSE ALTINO FRANCISCO
Nacionalidade: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Profissão: AGRICULTOR Estado Civil: NAO INFORMADO
FORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Sp.: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS
Nº/Doc. Responsavel: 91085239 / IDENTIDADE: 1897434
Residencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Causa de acidente por: QUEDA DE MOTO
Causa de violência por: EM ALHANDRA-COND.
] Caso Policial

-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
nº de Classificação de Risco: AMARELO

: FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
: TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
: Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
: Isquemia:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
: Vc. Abd:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
: Causa Principal	<input type="checkbox"/> Vomito
: Sintoma: TUMA EM TORNOZELO ESQUERDO.	Observacao SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente trazido pelo SAMU Alhandra, vítima de acidente de moto, se queixava, apresentando dor e edema em tornozelo esq. Vaga preta de 05 cm x 05 cm. ou 10 cm x 10 cm.
Glospeve 12 Conduta

Abd e Tórax: NDN. | Horario da medicacao
CD. Atendimento crural
ORX + avulsão da Orlapédic
Orto da laj fuel

Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
2019

28/04/19

02:00h

Dulito Henrique Soello / INIZ (E)

a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Pa -> paciente falecido

MS: Futuro



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ACORDO REALIZADO

ACORDO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico