

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIFIC. / OR. EMISSOR DE 2627718 EST. PB
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	NÚMERO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	PERMISSÃO 1 ACC 3 CATEGORIA 3
NR. IDENTIFIC. 01811749660	VALIDADE 14/03/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001
DISTRIBUIÇÃO	
 ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 17/01/2014
 ASSINATURA DO EMISOR	
66588356744 28027919595	
JOAO PESSOA, PB	

VÁLIDA EM 1000
O TÍTULO NACIONAL
894056231

PERMISSÃO PLÁSTICA
894056231

29 AGO. 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357838467
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	486168751	*****	2019
---	-----------	-------	------

LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

ITAMBE-PE	019.332.794-51	PLA	PFX5710
-----------	----------------	-----	---------

*****	9C2JC4110CR586136	PLACENTIA	PLA
-------	-------------------	-----------	-----

PAS MOTOCICLETA

HONDA/CG 125 FAN K3	2012	2012
---------------------	------	------

2P/124CL	PARTIC	PRETA
----------	--------	-------

1	IPVA 2019 QUITADO	1º	*****
---	-------------------	----	-------

80.11	0.92	84.50	26/02/19
-------	------	-------	----------

SEM RESERVA

Roberto Carlos

ITAMBE-PE
 Roberto Carlos Moreira Fontelles

ESTADO DE CIRCULAÇÃO DEVE

PE Nº 014357838467 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 822 1204

ITAMBE-PE	2019	27/02/19
-----------	------	----------

1	019.332.794-51	PLA	PFX5710
---	----------------	-----	---------

486168751	HONDA/CG 125 FAN K3
-----------	---------------------

2012	09	9C2JC4110CR586136
------	----	-------------------

36.05	4.01	40.06
-------	------	-------

4.15	0.32	84.58
------	------	-------

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 P.F.P. NÃO É DE PORTA OBRIGATORIO

6102-MHC

29 AGO. 2019

LOCO

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 EVIDENCIA 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 solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Arara, nº 511, bairro Arara, Município de Patimbu, Estado de(o) PA, Cep: 53.329-000, portador(a) do Rg nº 389.7439, SSP/PA e CPF nº 019.332.794-51.

Outorgado: Alexandra Leiza Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Arara, nº 157, bairro Mangabeira, Município de Patimbu, Estado de(o) PA, Cep: 53.329-000, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PA e CPF nº 046.502.724-74.

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 28/04/19, 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.

Patimbu, 30 de junho de 2019.

29 AGO. 2019

Lucinaldo Altino dos Santos
Outorgante
CPF Nº 019.332.794-51

Cbs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Lucinaldo Almino dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Agent. Apasa nº 51N bairro Área rural Município de Pitimbu Estado de(o) PB Cep: 58329-000 portador(a) do Rg nº 3897439 SSP/PB e CPF nº 019.332.794-51

Outorgado: Alexandra Lezan Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agent. Fiscal J. Costa Duarte nº 157 bairro Mamãe e Bebê Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep: 58056-384 portador (a) do RG nº 2527718 SSP/PB e CPF nº 046.502.724-74

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 Almino dos Santos ocorrido em 28/04/19 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 Almino dos Santos
Outorgante
CPF Nº 019.332.794-51

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LUCINALDO ALMINO DOS SANTOS
Dou. 12 - Pitimbu/PB - 10/06/2019
Tabelião Del: Antonio Jeronimo Leite
Selo Digital: A1165312-KZ64
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,51 Forpén R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Forp R\$ 2,38

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298256/19

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF: 019.332.794-51

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329937/19

Vítima: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF: 019.332.794-51

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

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

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: 019.332.794 51 CPF da vítima: 019.332.794-51 Nome completo da vítima: Bucinaldo Altino dos Santos

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: Recusado Endereço: Assent. Apara Número: 6N Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Pitimbu Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 12084 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

Peço motivo assinado, 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 submeter 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 discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esou 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 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 RGO
X Bucinaldo Altino dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura 29/08/2019

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 ROGO, 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 09726.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09726.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: 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 Presídio., 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:

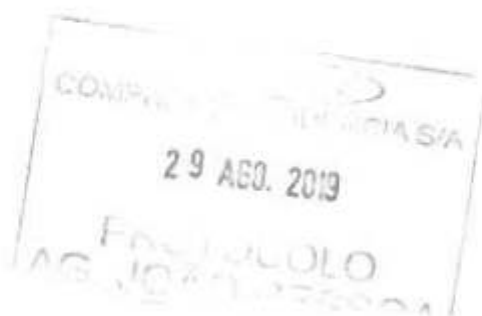
QUE, segundo o declarante no dia 28/04/2019 por volta das 17:30 horas quando transitava, pelo Rua Oiteiro, Centro do município de Alhandra-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS; ano/mod: 2012/2012, de cor preta de placa: PFX5710/PB CHASSI: 9C2JC4110CR586138 pertencente ao declarante; Que segundo 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 TARCÍSIO 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê,

João Pessoa/PB, 26 de agosto de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 09726.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 019.332.794 51 CPF da vítima: 019.332.794-51 Nome completo da vítima: Bucinaldo Altino dos Santos

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: Recusado Endereço: Assent. Apasa Número: 6N Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Pitumbu Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (204)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 12084 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

Peço motivo assinado, 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 submeter 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esou 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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 RGO

Bucinaldo Altino dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

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 ROGO, 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.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é argumento de conta

Fatura para depósito e pagamento de taxa de distribuição de energia elétrica Nº 028.625.272



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

SEBASTIANA ALTINO DOS SANTOS

ASSENT APASA S/N

PITIMBU

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/650742-0

REFERENCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

25/07/2019

CONSUMO

151

VENCIMENTO

01/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 149,21

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 94355.073174 6 79680000014921

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

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

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004355073	000650742201907	01/08/2019	R\$ 149,21	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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: 0800-1556 / 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 022 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 Alexandrina Cesar Duarte

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

Lucivalda Altino dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.332.794 51

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucivalda Altino dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.332.794 / 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 de 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 29/08/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COAF
29 AGO. 2019

CERTIDÃO

Nº. 1226 /2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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.

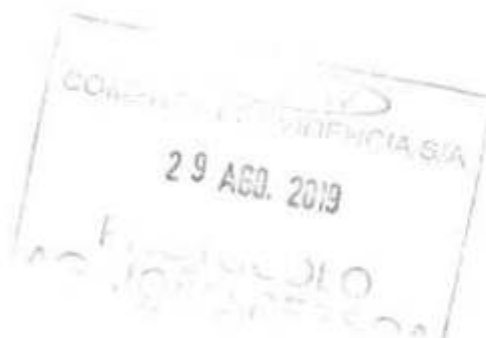
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fíbula esquerda. Realizado tratamento conservador. Com alta médica dia 07/05/2019.

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

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 225150

Atd: Nao Regu

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 28/04/2019

A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:26:50

8036-394 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SIL

- CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2019.04.003416

Sexo: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1897434 Fone: 91085239

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/12/1976 Id: 42 ano(s)

End.: ASSENTAMENTO EMPASA,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PITIMBU UF: PB

Mãe: SEBASTIANA ALTINO DOS SANTOS

Pai: JOSE ALTINO FRANCISCO

Etnia: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Esp.: LUCINALDO ALTINO DOS SANTOS

1/Doc. Responsavel: 91085239 / IDENTIDADE: 1897434

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Causa de acidente por: QUEDA DE MOTO

Causa de violência por: EM ALHANDRA-COND.

[] Caso Policial

-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Nível de Classificação de Risco: AMARELO

FR:	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
TP:	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Altura:	[]	Hemorragia	[]	Dispneia
IMC:	[]	Diarreia	[]	Agitado
O2:	[]	Regular	[]	Chocado
	[]	Vomito		
Observacao				
SAMU				

Lesão Principal

LACIMEM EM TORNOZELO ESQUERDO.

HISTÓRIA - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente trazido pelo SAMU Alhandra, vítima de acidente de moto, s/capote, apresentando dor e edema em tornozelo eq. Liga para da aversão ou vômito

Glossário 12

Condição

Alto e Torax: NDN.

Horario da medicacao

cd. @ Atendimento rural
ORX + avaliação da ortopedia
@ Alto da br final

Marcelo Vieira
Cirurgião Vascular
CRM 11 2000

28/04/19 ORDEN

Pulso cheio pelo TUE (E)

Data e Hora

PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Pa → pulso cheio

ls: Sufocação



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

SITUAÇÃO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico