

---

**Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200110440**

**Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA**

**Data do Acidente: 21/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ**

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

**Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA**

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, 18 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200110440**

**Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA**

**Data do Acidente: 21/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA**

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MAXIMO ROBERTO LIMA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

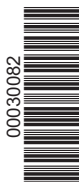
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200110440**

**Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA**

**Data do Acidente: 21/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110440

Vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXIMO ROBERTO LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 40%

% Invalidez Permanente DPVAT: (40% de 50%) 20,00%

Valor a indenizar: 20,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: MAXIMO ROBERTO LIMA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 237

Agência: 000003457-6

Conta: 000000130180-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou Aci: 3 - CPF da vítima: 095-478-304-22 4 - Nome completo da vítima: MAXIMILIANO ROBERTO LIMA

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

5 - Nome completo: MAXIMILIANO ROBERTO LIMA 6 - CPF: 095-478-304-22  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Sítio - ESCURREBADA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58755-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83-999-32-44-13

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: ☒ NÃO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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, assinalar uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADDES - 237  
AGÊNCIA: 3457 C CONTA: 0130180 2  
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

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 da minha condição 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 não solicitar avaliação médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Causa 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(a)? ☐ 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, a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a ruço)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruço)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ruço)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: P. ISABEL - PB, 23-12-2019

X Maximiliano Roberto Lima  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



### CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 614/2019, LIVRO nº 003/2019.

**DATA:** 03/12/2019

**HORA:** 14h55min

**CIDADE:** Princesa Isabel/PB

**DELEGADO:** Bruno Sergio Maciel de Queiroz

---

**Noticiante:** MÁXIMO ROBERTO LIMA

**Estado civil:** CASADO

**RG:** 2965789 2ª VIA SSP/PB

**CPF:** 095.478.304-22

**Sexo:** MASCULINO

**Nascimento:** 21.02.1985

**Idade:** 34 anos

**Nacionalidade:** Brasileira

**Naturalidade:** PRINCESA ISABEL/PB

**Profissão:** AGRICULTOR

**Filiação:** ALBERTO COSTA DE LIMA E MARIA DO CARMO LIMA

**Endereço:** SÍTIO ESCORREGADA, ZONA RURAL, PRINCESA ISABEL/PB

### NARRATIVA

QUE NO DIA 21/11/2019 PILOTAVA UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESDD, CHASSI: 9C2KD0610JR012354, PLACA: OFY-6311/PB, ANO/MODELO: 2017/2018, COR: VERMELHA, REGISTRADA EM NOME DO DECLARANTE, QUE VINHA DE SUA RESIDÊNCIA EM DIREÇÃO A CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE EM UM DETERMINADO PONTO TINHA UMA AREIA, QUE DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE, QUE VEIO AO SOLO, QUE FOI SOCORRIDO POR UM TIO QUE MORA NAS PROXIMIDADES, QUE SUA TIA ESTAVA COMO GARUPA MAIS NADA SOFREU, QUE FOI TRAZIDO PARA UPA DA CIDADE DE PRINCESA ISABEL/PB, QUE FRATUROU DOIS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NA CIDADE DE SERRA TALHADA/PE, QUE ARRUMOU O DINHEIRO E ARCOU COM O VALOR DA CIRURGIA, QUE CORRIA O RISCO DE AMPUTAÇÃO CASO A CIRURGIA NÃO FOSSE REALIZADA DE IMEDIATO.

O referido é verdade, Dou fé Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Máximo Roberto Lima

*[Assinatura]*  
155.636-3  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL  
Princesa Isabel/PB



# 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 Axi: 3 - CPF da vítima: 095-478-304-22 4 - Nome completo da vítima: MAXIMILIANO ROBERTO LIMA

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

5 - Nome completo: MAXIMILIANO ROBERTO LIMA 6 - CPF: 095-478-304-22  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Sítio - ESCURRELAGUA 9 - Número: 30 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83-999-32-44-13

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: ☒ NÃO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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, assinalar uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:  CONTA:   
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADDES - 237  
AGÊNCIA: 3457 C CONTA: 0130180 2  
(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

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 irrevogavelmente, a efetivação do crédito, quitando total o 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 da minha condição 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 não solicitar avaliação médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Causa 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(a)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a ruço)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruço)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a ruço)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 23-12-2019

X Maximiliano Roberto Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Ficha: 148568

Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA

SITIO ESCORREGADA nº S/N - ZONA RURAL - Princesa Isabel / PB-58755000

Complemento:

Sexo: Masculino Cor: Pardo

Estado Civil: -1

Data de nascimento: 21/02/1985

Idade: 34 A e 9 M

Convênio: SUS

CNS: 898004508768816

CPF: 09547830422

Nacionalidade: BRASILEIRA

Esp.: CLINICA GERAL

Nome Social:

Mãe: MARIA DO CARMO LIMA

Telefone: / (83) 99821-8593

Prontuário: 15378

Data Atendimento: 21/11/2019 05:53:08

Grau Instrução: Fundamental II (5ª a 8ª Série)



## FICHA DE ATENDIMENTO - PA

PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM	PROCEDIMENTO	C.B.O.	CID10	CRM

## Classificação de Risco

Verde

P.A.: 121X86	HGT:	Pulso:	Temp.: °C	Peso:	Saturação:	FR:
--------------	------	--------	-----------	-------	------------	-----

Dor/Local/Score:

Alergia: Nenhuma

Queixa: ESCORIAÇÕES E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MMII RELACIONADOS À QUEDA DE MOTO

Tipo de Alta/Reavaliação: Reavaliação

BARBARA MARIA DUARTE M SANTOS  
ENFERMEIRO(A)

Data Classificação: 21/11/2019 06:12:13

## Motivo do atendimento e descrição do exame Clínico/Anamnese:

Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59

PACIENTE APRESENTANDO-SE COM FERIMENTO EM HÁLUX ESQUERDO APÓS TRAUMA POR QUEDA DE MOTO

## Exames Complementares Realizados/Solicitados:

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

## Hipótese diagnóstica:

S99 - Outr traum e os NE do tornozelo e do pe (Atendimento: Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA - CRM: 5445 - 21/11/2019 - 06:15:59)

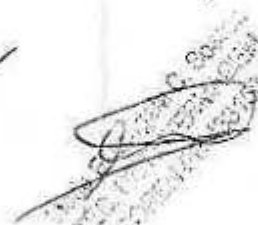
## Conduta ( Tratamento Realizado)/Sumário:

Tipo de atendimento:

Grupo de atendimento:

Oftalmologia 1g + 1m 5% à 0,5% 100ml EV  
Tornozelo 40mg + AD EV

07/03



Dr. Hermógenes Albuquerque Feitosa  
Médico  
CRM-PB 5445  
CREMEPE 23459

Dr(a) HERMOGENES ALBUQUERQUE FEITOSA  
CRM: 5445

Transfêrencia para Talhada

12:20

Assinatura do paciente/responsável

Data de Emissão: 21/11/2019 06:24:24 pelo usuário HERMOGENES.FEITOSA

Usuário da Recepção: DANIELLE.LIMA

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

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

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

Nr. Autenticação

BRADESCO300420200500000000002370345700000013018067500 PAGO

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

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

CLIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03457-6

CONTA: 000000130180-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2705202005000000000023703457000000130180270000 PAGO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / 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 021 91 35

Eu, MAXIMO ROBERTO LIMA,  
RG nº 2.965.789, data de expedição 27/03/2019  
Órgão SSP-PB, CPF nº 095.478.304-22

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio - ESURE GADIA</u>
Número	<u>5N</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARAÍBÁ</u>
CEP	<u>58-755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999-32.44-13</u>
E-mail	<u>_____</u>

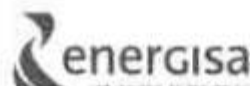
Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - PB, 03.12.2019

Maximo Roberto Lima

Assinatura do Declarante

# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via da conta

Para mais informações sobre o boleto, consulte o site da Energisa. Nº 038.153.458

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 10.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA CLEIDE DE SOUSA  
SIT ESCORREGADA S/N  
PRINCESA ISABEL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1475328-9

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

28/01/2020

## CONSUMO

66

## VENCIMENTO

04/02/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 40,40

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/02/2020

Pagador: MARIA CLEIDE DE SOUSA CNPJ/CPF: 098.979.934-44

SIT ESCORREGADA S/N - AREA RURAL - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011547779	001475328202001	04/02/2020	R\$ 40,40	

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rômulo de Sousa Ferraz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284,34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAXIMO ROBERTO LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.806.284,34,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MAXIMO ROBERTO LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.478.304,22, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda: RECUSOU-SE 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: RAFAEL ROSAS</u>	Número: <u>52</u>	Complemento: <u>245A</u>
Bairro: <u>MAFA</u>	Cidade: <u>P. ISABEL</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>58.755-000</u>	Tel. (DDD): <u>83 499-324413</u>

Local e Data: P. ISABEL - PB, 23-12-2019

Rômulo de Sousa Ferraz  
Assinatura do Declarante





HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Data do Atendimento: 21/11/2019 Prontuário: 00045771 Registro: 00097165 Convênio: PARTICULAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MAXIMO ROBERTO LIMA

Data Nascimento: 21/02/1985 Idade: 34 Anos, 9 Meses Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: ALBERTO COSTA DE LIMA Mãe: MARIA DO CARMO LIMA

Endereço: SÍTIO ESCORREGADO Nº:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PRINCESA ISABEL Estado: PB Telefone: 83-99821892

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [ ] Acidente de Trabalho [ ] Outros Acidentes [ ] Agressão [ ]

Suicídio [ ] Casual [ ] Outros [ ]

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

- TRAUMA NO PÉ - APÓS ACIDENTE  
MOTOCICLETA

Diagnóstico Inicial: FRATURA PLOD MIC

S.A.D.T

Diagnóstico Final: O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [ ] Decisão Médica [ ]

Inalterado [ ] Alta a Pedido [ ]

Piorado [ ] Transferência [ ]

Óbito+48h [ ] Evasão [ ]

Óbito-48h [ ] Indisciplina [ ]

Óbito em: / / Hora:

Data do Internamento: 21/11/2019

Data da Alta: 22/11/2019

Dr. Flávia Silva

CRM: 15.122

CNPJ: 09.0016-0112

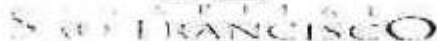
Médico Responsável

Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:	
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUPORA
- CURATIVO
- 02 FIO METÁLICO LISO

Dr. Ebenor A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
R. 40-122  
Assinatura do Cirurgião



**Key Words:** aging; cognition; memory; personality; social support

## LEITO 01

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014

## RONALD BATISTA DOS SANTOS

---

**De:** RONALD BATISTA DOS SANTOS  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07  
**Para:** DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira';  
laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

**Ronald Santos**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

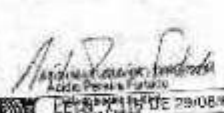
Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



CÓDIGO DE CONTROLE  
12B2.2745.6988.C508



Emitido pela Secretaria da Receita Federal  
às 11:01:20 do dia 11/03/2019 (hora e d  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.965.789 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	27/03/2019
NOME	MAXIMO ROBERTO LIMA
FILIAÇÃO	ALBERTO COSTA DE LIMA MARIA DO CARMO LIMA
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL-PB
DATA DE NASCIMENTO	21/02/1985
DOC ORIGEM	CERT. CAS. N°10517 - LIV.B.20 - FLS 162.V - CARTORIO PRINCESA ISABEL-PB
CPF	095.478.304-22
 Assinatura do Autorizado Assinatura do Autorizado	



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE

Número  
095.478.

Nome  
MAXIMO ROBERTO LIMA

Nascimento  
21/02/1985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014630685045  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO  
1 01143328083 00/00000000 2019

NOME  
MAXIMO ROBERTO LIMA

CPF/CNPJ  
09547830422

PLACA  
OFY6311/PB

PLACA ANT/UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KD0810JR012354

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLE/Nº APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2017 2018

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PRE DOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC/COTAS  
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\* 0 2º  
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 01/04/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PRINCESA LIMA DATA  
41521 15/04/2019  
31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR  
VEÍCULOS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A  
TRANSPORTAR OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 014630685045 BILHETE DE SEGURO

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 022 1204

EXERCÍCIO DATA  
2019 15/04

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 09547830422 OFY6311/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
01143328083 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB CAT. IMF Nº CHASSI  
2017 9 9C2KD0810JR012354

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIDOR  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE  
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 01/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-1342470-20190415

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200110440 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMO ROBERTO LIMA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 24/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO HÁLUX ESQUERO (BAM E PG 1)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PG 2)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE HÁLUX ESQUERO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PMR.  
POUQUÍSSIMA DOCUMENTAÇÃO

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200110440 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMO ROBERTO LIMA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 21/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA HÁLUX E 2º DEDO PÉ ESQUERDO. P1. ANEXO 1.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P2. ANEXO 1.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** & @ PAGINA 1. (PMR). PARECER FEITO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ENVIADO.

**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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## RONALD BATISTA DOS SANTOS

---

**De:** RONALD BATISTA DOS SANTOS  
**Enviado em:** segunda-feira, 20 de abril de 2020 17:07  
**Para:** DPVAT@mapfre.com.br; cscdpvat@brasilseg.com.br; 'Aparecida Oliveira';  
laraujo@bbmapfre.com.br; 'Eduardo Sabino Dos Santos Junior'  
**Assunto:** SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA  
**Anexos:** PROJETO MAPFRE.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

**“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”**

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br), devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

**Ronald Santos**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: MAXIMO ROBERTO LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: 2.965.789 - SSP-PB  
CPF: 095.478.304-22  
Profissão: AGRICULTOR  
Endereço: Sítio - ESCORREGADA, ZONA RURAL, P. ISABEL  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83 999.324413

### OUTORGADO:

Nome: ROMULO DE SOUSA FERREIRA  
Nacionalidade: 1568258 - SSP-PB - BRASILEIRO  
Estado Civil: DIVORCIADO  
Identidade: 1568258 - SSP-PB  
CPF: 839.806.284-34  
Profissão: COMERCIAL  
Endereço: RUA RAFAEL ROSAS, NS, MAIA, P. ISABEL-PB  
CEP: 58.755-000  
Telefone: 83.999.3244-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: MAXIMO ROBERTO LIMA

P. ISABEL - PB, 03-12-2019

Local e data

Maximo Roberto Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Erica Alves Frazão - Tabela Interina  
Rua do Nordeste, 100 - 3º Andar - Princesa Isabel - 58050-000  
Fone: 33.4470.9900 / E-mail: notario@emilialima.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MAXIMO ROBERTO LIMA  
Em test, da verdade. Princesa Isabel - PB 03/12/2019 10:28:37  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente  
[2019-007172]JEMX:R\$ 99,91 FAPEN:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98  
SELLO DIGITAL: ADM2923-WFD7  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrevente



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087560/20

**Número do Sinistro:** 3200110440

**Vítima:** MAXIMO ROBERTO LIMA

**Data do acidente:** 21/11/2019

**CPF:** 095.478.304-22

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MAXIMO ROBERTO LIMA

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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.