

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200210822**      **Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA**

**Data do Acidente: 15/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

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

**Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200210822**

**Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA**

**Data do Acidente: 15/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA**

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200210822**      **Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA**

**Data do Acidente: 15/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA**

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =      R\$ 945,00

**Recebedor: CARLOS ERMINIO PEREIRA**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003571**

**Conta: 0000022613-2**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

090 829 524 32

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Lúcio Pereira

5 - Nome completo:

Carlos Lúcio Pereira

6 - CPF:

090 829 524 32

7 - Profissão:

Eletricista

8 - Endereço:

Rua, São José

9 - Número:

232

10 - Complemento:

corso

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Itaporanga

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58780.000

15 - E-mail:

nerjoc.assessoria@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

99947152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

22

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que 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.

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no CIVI)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Itaporanga 16/01/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Carlos Lúcio Pereira - Gilson Rodriguez de Souza*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1773/2019

Natureza da ocorrência: LESÃO EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Data do fato: 15/11/2019 hora: 12:20 HORAS

Local do fato: BR 361, entrada de Itaporanga-PB

NOTIFICANTE

NOME: CARLOS ERMINO PEREIRA, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Itaporanga-PB, idade: 29 anos, nascido em 06/04/1990, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Eletricista da Empresa Energisa, Escolaridade: médio, documento: RG 3581055 SSP/PB, CPF 090.829.524-32, filiação: Francisco Erminio Pereira e de Raimunda Pereira da Silva, endereço: Rua São José, nº 232, Centro, Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (83)996126220.

VÍTIMA

NOME: O NOTIFICANTE, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: \*\*\*, Estado Civil: \*\*\*, Profissão: xx, Escolaridade: \*\*\*, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: \*\*\*\*\* xx, referência: xx.

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local supracitados, o comunicante vinha conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA /NXR 160 BROS NSDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, VERMELHA, PLACA QFU8258/PB, RENAVAM 01081239953, CHASSI 9C2KD0810GR422106, LICENCIADA EM NOME DE EDUARDO DOS SANTOS GUILHERMINO, quando foi surpreendido por outra motocicleta, vindo no sentido da cidade para o conjunto Chaga Soares, onde o comunicante foi atingido na altura da coxa direita, próximo a altura da bacia; QUE a outra motocicleta envolvida no sinistro não foi identificada; QUE o comunicante foi socorrido pela equipe plantonista do SAMU local para o hospital distrital de Itaporanga, onde foram feitos os primeiros procedimentos hospitalares, e devido a gravidade da lesão foi reacambiado para o Hospital Regional de Patos/PB. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 04 de Dezembro de 2019.

Notificante

Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro:   
Francimara Nunes Feitoza  
Mat.: 160.024-9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210822      **Cidade:** Itaporanga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA      **Data do acidente:** 15/11/2019      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 22/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DA COXA DIREITA, ABSCESSO, ATROFIA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

090 829 524 32

4 - Nome completo da vítima:

Carlos Lúcio Pereira

5 - Nome completo:

Carlos Lúcio Pereira

6 - CPF:

090 829 524 32

7 - Profissão:

Eletricista

8 - Endereço:

Rua, São José

9 - Número:

232

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Votorângua

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58780.000

15 - E-mail:

nerjoes.assessoria@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

99947152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caba Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Caba Econômica Federal

AGÊNCIA:

3521

CONTA:

22 617

2

(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.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim

 Não

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

 34  
 Impresão  
 digital da  
 vítima ou  
 beneficiário  
 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Votorângua 16/01/2020

X Charles Lúcio Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gilson Rodrigues de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: CARLOS ERMINIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000022613-2

---

Nr. da Autenticação FD2DF7E5208815C2



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA.

31802524

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LOPES SILVA DELFINO  
RUA SAO JOSÉ, 232 - CENTRO ITAPORANGA PB 58780-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Edifícios	
081.004.170.0383.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X273154	07/05/2007	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
879	879	1	30	24/12/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
OUT/2019	1	30	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2019	1	30	TURBIDEZ	0	0	0
AGO/2019	1	30	CLORO	0	0	0
JUL/2019	1	30	COL. TERMOT.	0	0	0
JUN/2019	1	30	COR	0	0	0
MAI/2019	1	30	COL. TOTAIS	0	0	0
MÉDIA(m <sup>3</sup> )	1		DADOS REFERENTES A: SET/2019			
DATA DA IMPRESSÃO: 26/11/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:21:14				
DESCRICAÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA		1 m <sup>3</sup>		37,91		
ESGOTO						



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

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elberon Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 247 064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Erminio Pereira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090 829 524 / 32,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, morte da Vítima Carlos Erminio Pereira,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090 829 524 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Euzebio Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>rejoso.morozini@hotmail.com</u>		<u>83.982616835</u>	CEP:	<u>58780 000</u>

Local e Data: João Pessoa 16/10/2020

Elberon Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante

## Relatório Médico

Carlos Ermino Pereira

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 15/11/2019. Teve como lesão ferimento corto-contuso em face medial da coxa direita, evoluindo com formação de abcesso em coxa. Realizou tratamento clínico com antibióticos e curativos. Apresenta atrofia muscular em membro inferior direita, dor crônica e marcha claudicante. Alta médica a partir da data de hoje.

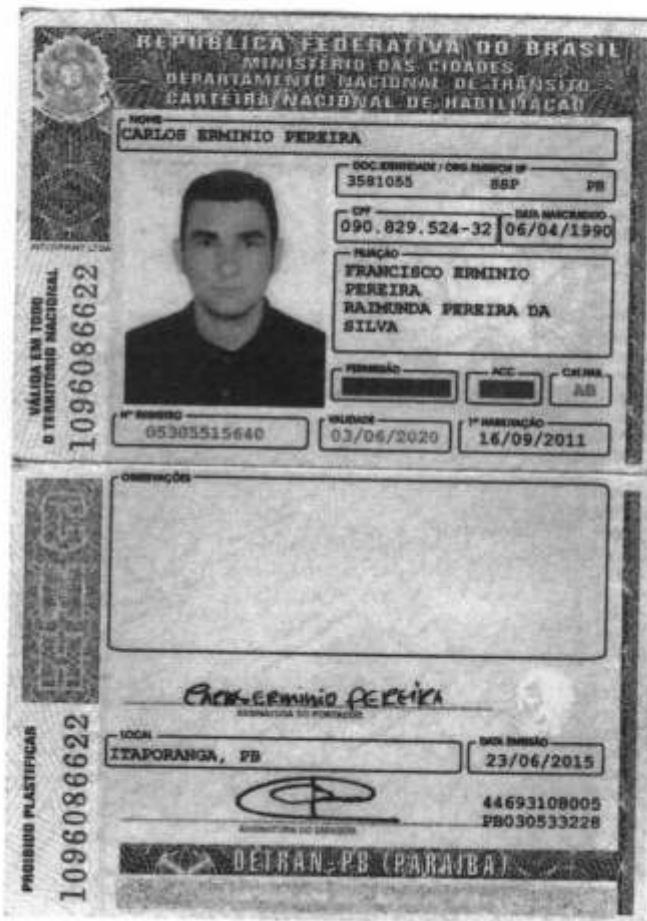
11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PB 11400









# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 320 111 269

Data da solicitação: 11/06/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Carlos Brununio Pereira

CPF do beneficiário: 09082952632

Nome do solicitante: Wilson Rodriguez dos Santos

CPF do solicitante: 03924706409

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 999471520

Tel. Comercial: (0800) 0000000

Tel. Residencial: (0800) 0000000

E-mail: reclama.assessores@hotmail.com

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

NÃO

SIM, informe qual(is) documento(s) está sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: \_\_\_\_\_

(DESCRIVER)

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

Itaboraí 11/06/2020  
 Local e Data  
Wilson Rodriguez dos Santos  
 Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200210822      **Cidade:** Itaporanga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA      **Data do acidente:** 15/11/2019      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 22/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM QUADRIL DIREITO (ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO.

**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 LEVE DE QUADRIL DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NO SINISTRO ANTERIOR NEGADO - 3200111269\*

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PROCURAÇÃO

Outorgante: *Carlos Erniniu Pereira*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *eletricista*, residente e domiciliado à Rua *Scaynor*, nº *232*, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Paraná*, Cep: *58780-000*, portador(a) do RG nº *35.810.55*, I e CPF nº *090.829.524-32*.

Outorgado: *Elisio Rodrigues dos Santos*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *autônoma*, residente e domiciliado(a) à Rua *Guadalupe Figueiredo*, nº *72*, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Paraná*, Cep: *58780-000*, portador (a) do RG nº *36.521.67*, I e CPF nº *039.242.064-09*.

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) *Carlos Erniniu Pereira*, ocorrido em *15/11/2019*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *invalidade* I *10000*.

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.

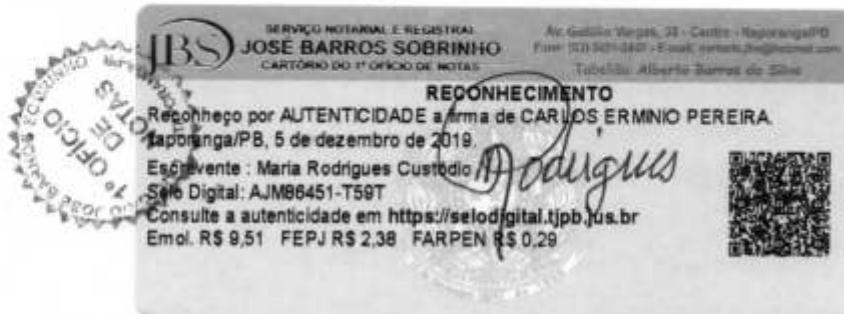
ITAPORANGA *05* de *Dezembro* de *2019*.

*X Carlos Erniniu Pereira.*

Outorgante

CPF Nº *090.829.524-32*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163614/20

**Vítima:** CARLOS ERMINIO PEREIRA

**CPF:** 090.829.524-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/11/2019

**Titular do CPF:** CARLOS ERMINIO PEREIRA

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

### CARLOS ERMINIO PEREIRA : 090.829.524-32

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](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.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/06/2020  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA