



Número: **0808149-72.2019.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IGOR FELIPE DE LIMA SOARES (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31398 259	09/06/2020 11:53	2725502_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567816

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

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

Carta nº 14855809

Pag. 00135/00136 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567816

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Data do Acidente: 17/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

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: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 1911

Conta: 0000035757-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 709.057.664-74 4 - Nome completo da vítima: Igor Felipe de B. Soares

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

5 - Nome completo: Igor Felipe de B. Soares 6 - CPF: 709.057.664-74
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Plácido de O. Lima
9 - Número: 874 10 - Complemento:
11 - Bairro: Imaculada 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58809-180
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 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\$1.000,00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 357577
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 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o 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 Líder 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: 04 OUT. 2019
CPF: PROTOCOLO
AG. JOAQUIM
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11233.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11233.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 27 de setembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Igor Felipe de Lima Soares**, CPF nº 709.057.664-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Alexsandra de Lima Romão e Rogerio da Silva Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Plácido Oliveira Lima, Nº 814, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99885-0027.

Dados do(s) Fatos:

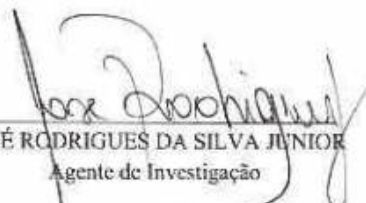
Local: Rio do Meio, Proximo Ao Antigo Educandário, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/03/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

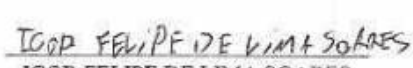
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

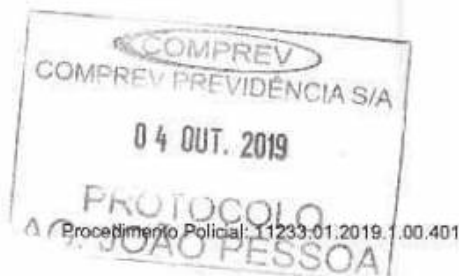
QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2009, PLACA MNX-4462/PB, CHASSI 9C2KC15109R016980, REGISTRADA EM NOME DE JOÃO VITOR FERREIRA GALDINO, EM UMA RUA LOCALIZADA NO BAIRRO DO RIO DO MEIO, BAYEUX/PB, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO 2º METATARSO ESQUERDO + LUXAÇÃO DE LISFRANC DO PÉ ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 22/03/2019, CONFORME CERTIDÃO 1156/2019 ASSINADA PELA MEDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA.

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 fé.

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


IGOR FELIPE DE LIMA SOARES
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 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\$1.000,00 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. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 357577 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o 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 Líder 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ 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 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: 39 - 2ª | Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11233.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11233.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 27 de setembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Igor Felipe de Lima Soares**, CPF nº 709.057.664-74, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Alexsandra de Lima Romão e Rogerio da Silva Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Plácido Oliveira Lima, Nº 814, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99885-0027.

Dados do(s) Fatos:

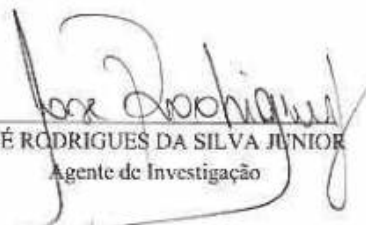
Local: Rio do Meio, Proximo Ao Antigo Educandário, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/03/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

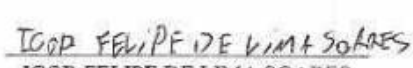
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

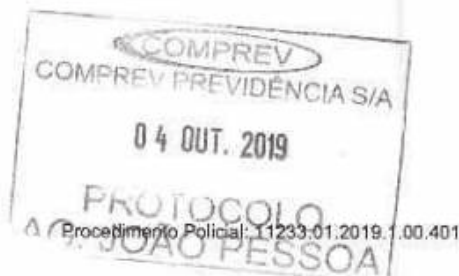
QUE NO DIA 17/03/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2009, PLACA MNX-4462/PB, CHASSI 9C2KC15109R016980, REGISTRADA EM NOME DE JOÃO VITOR FERREIRA GALDINO, EM UMA RUA LOCALIZADA NO BAIRRO DO RIO DO MEIO, BAYEUX/PB, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO 2º METATARSO ESQUERDO + LUXAÇÃO DE LISFRANC DO PÉ ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 22/03/2019, CONFORME CERTIDÃO 1156/2019 ASSINADA PELA MEDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA.

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 fé.

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


IGOR FELIPE DE LIMA SOARES
Noticiante



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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000035757-7

Nr. da Autenticação 1A79DB1CF187BFD3



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é exigível-efeito de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 031.365.072



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.815.323-6

DADOS DO CLIENTE

ESMERINA PATRICIO DE LIMA ROMAO
RUA PLACIDO DE OLIVEIRA LIMA 814
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/415490-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	19/09/2019	100	26/09/2019	R\$ 59,05

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05428.164179 1 80240000005905				
Pagador: ESMERINA PATRICIO DE LIMA ROMAO CNPJ/CPF: 052.620.264-51				
RUA PLACIDO DE OLIVEIRA LIMA 814 - IMACULADA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006428164	000415490201909	26/09/2019	R\$ 59,05	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				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				



580 309 - 180

QR 580 309 - 180



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Pague para sempre pagamento da taxa fiscalizada de energia elétrica Nº 029.564.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CELENI DOMINGOS DA SILVA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 JOÃO PESSOA			5/1371069-4	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				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: 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:

<https://www2.susep.gov.br/815LXOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

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

Igor Felipe de Lima Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.057.664 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Igor Felipe de Lima Soares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.057.664 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

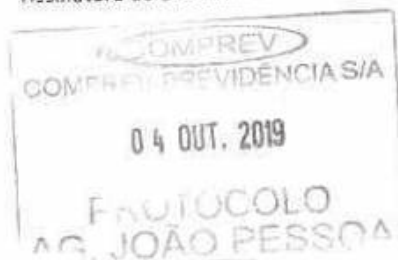
☒ Recuso informar

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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</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 04/10/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 11:53:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060911531489700000030120048>

Número do documento: 20060911531489700000030120048

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Wilson Hugo Ferreira Galdino,
RG nº 3944322, data de expedição 10/08/2008
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 102.049.014-38, com
domicílio na cidade de DAYEUX, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CARLOS GOMES, nº 210,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Srgo Felipe de Lima Soares, cujo o condutor era
Srgo Felipe de Lima Soares.

Veículo: moto
Modelo: HONDA TITAN
Ano: 2009
Placa: MNX-4462/PB
Chassi: 9C2KC15109R016980
Data do Acidente: 17-03-19
Local e Data: R. Avelar, 25-09-19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

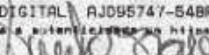
 **Santiago Pereira**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Liberdade, 1415 - Bayeux
Paraná - CEP: 58305-000
Fone: (83) 3232-1786

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-009103

Reconheço por autenticada a firma de
JOÃO VITOR HUGO FERREIRA GALDINO

Sou fã, ou testemunha de verdade. Bayeux - PE 20/08/2019 17:42:49
ENCL: 858.91 PEPJ 851.88 PAPPEL: 850.23 155- 850.50
SELO DIGITAL A0D95747-548R

Confirma a autenticidade no site: <http://autenticadigital.jus.br>


PAULO ROBERTO BORGES SANTIAGO - ESCRITVANTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

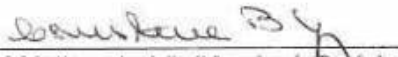
Nº. 1156/2019

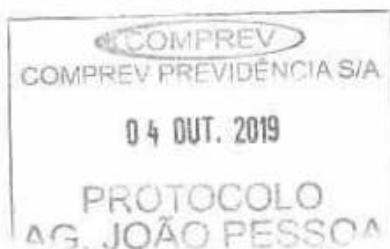
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº213802 e Prontuário Nº 2019.03.1967 pertencentes ao paciente **IGOR FELIPE DE LIMA SOARES** requerente que foi atendido dia 17/03/2019 às 22h29min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso esquerdo + luxação de lisfranc do pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/03/2019. Com alta médica dia 23/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Ficha Nr: 213802 Atd: Nao Regular
Data: 17/03/2019
Hora: 22:29:49
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOMES
Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.03.001967

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1998 Id: 20 ano(s)

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: ROGERIO DA SILVA SOARES

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: MONTADOR DE MOVEIS

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Tel/Doc. Responsavel: 32530629 / IDENTIDADE: 4415192

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

☐ [] Aparentemente Bem ☐ [] Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: 028:

☐ Regular ☐ Chocado

Circ. Abd: 028:

☐ Regular

☐ Vomito

Observação

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

C lxa Principal

04 OUT. 2019

PROTOCOLLO

AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

escricao

data: 2007. 12. 01

fechada

Set. Interno

Horario da

Area to the left of the mean



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UT
[x] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SV

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo d





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Igor Farias</u>		Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u>	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>		Bairro: <u> </u>	
Endereço: <u> </u>	Estado: <u> </u>	Fone: <u> </u>	Profissão: <u> </u>
Cidade: <u> </u>	Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u>	Religião: <u> </u>
Sexo: F () M ()	Data de Nascimento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
Escolaridade: <u> </u>			
QPD: <u> </u>			
HDA: <u>FMS Pesquisa dos ossos do RS</u>			
<u>CS: Neuromielose progressiva</u>			
<u>COMA Lúcido</u>			
<u>CD: Intenso + Res-op</u>			
<u>16</u>			
<u>2</u>			
<u>19</u>			
Medicações em uso: <u> </u>			
Dr. Pedro Thiago Ortopedia e Traumatologia TEOT 18.256 / CRM 3302			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: <u> </u>			
Pele: <u> </u>			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: ☐ Dor <u> </u> ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema <u> </u> Outros: <u> </u>			
ABD: ☐ Dor <u> </u> ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume <u> </u>			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: <u> </u>			
SME: ☐ Dor <u> </u> ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos <u> </u>			
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade <u> </u> ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor <u> </u>			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Isaor Felipe de Lima</u>				Registro:	
Idade: <u>2</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clínica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>22/03/14</u>	Cirurgião: <u>Dr. Roberto Almeida</u>			1º Assistente: <u>Dr. Alisson</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Victor</u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u></u>	
Anestesista: <u></u>		Tipo Anestesia: <u></u>		Horário: I: <u></u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>- Lesão de Ligamento</u>					
<u>do Pé esquerdo</u>					
<u>- Fratura do 2º Metatarso</u>					
<u>do pé esquerdo.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>01</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Tratamento cirúrgico</u>					
<u>de Fratura do 2º Metatarso</u>					
<u>esquerdo e Fratura</u>					
<u>distal de Ligamento</u>					
<u>do pé esquerdo</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não					Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① DDH do Anestesiado
- ② Assepto, Antiseptico, CCE

Incisão:

- ③ VA Anterior do 2º esguicho entre 1º e 2º MTE.
- ④ Direção por Plano

Achados:

- ⑤ Fratura do 2º MTE
- ⑥ Lesão de ligamento do 2º e 3º e 5º Metatarsos.

Conduta:

- ⑥ Redução aberta e Fixação interna com 4 Fio K. Nº 2/0.
- ⑦ Sutura por Plano
- ⑧ Curativo estéril

Fechamento:

OBS:

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 5181-AN
CRM 10894-PB

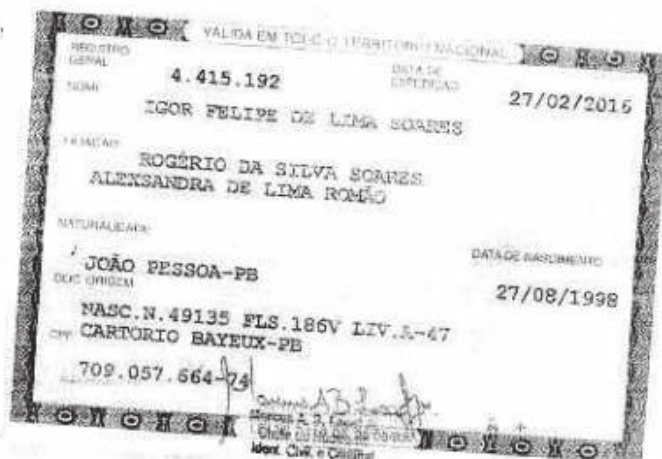
Data:

27/07/19

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567816 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 2º METATARSO ESQUERDO, MAIS LUXAÇÃO LISFRANC. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA MÉDICA. P6. P1,4,6,7.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567816 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES **Data do acidente:** 17/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 2º METATARSO ESQUERDO, MAIS LUXAÇÃO LISFRANC. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA MÉDICA. P6. P1,4,6,7.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Igor Felipe de Lima Soares, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Plácido de Oliveira nº 814, bairro Imaculada, Município de Bayeux, Estado de (o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 4.415.192, SSP/ PB e CPF nº 709.057.664-74.

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Alameda, Município de Bayeux, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 2627712, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74.

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) Igor Felipe de Lima Soares, ocorrido em 17/03/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

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.

Bayeux

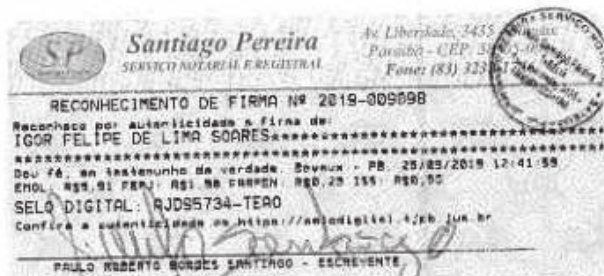
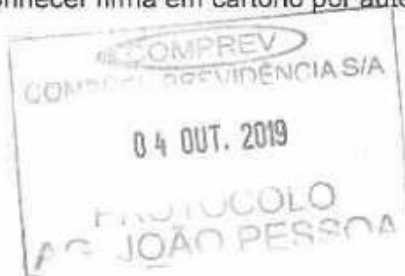
25 de setembro de 2019.



IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

Outorgante
CPF nº 709.057.664-74

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344943/19

Vítima: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

CPF: 709.057.664-74

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR FELIPE DE LIMA SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

IGOR FELIPE DE LIMA SOARES : 709.057.664-74

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: 04/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

