



Número: **0820954-56.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31439 666	10/06/2020 12:34	<u>2725746_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200058312 Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, 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.

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

Pag. 00855/00856 - carta_03 - INVALIDEZ



00050428

Carta nº 13480725



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 1



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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058312 **Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO**

Data do Acidente: 22/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

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, contados 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 15484887

Pag. 00065/00066 - carta_01 - INVALIDEZ



00020033



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 2



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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200058312 Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviaturas do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

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

Pag. 01581/01582 - carta_03 - INVALIDEZ



00060791

Carta nº 15567215



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 3

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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200058312 **Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO**

Data do Acidente: 22/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 77,30
Juros:	R\$ 19,67
Total creditado:	R\$ 2.459,47

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.459,47

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000041352-0

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CEP da vítima:	Nome completo da vítima:
060.979.354-39		Josival Romo de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Josival Romo de Araújo	agricultor	060.979.354-39
Endereço:	Número:	Complemento:
Sítio Passagem	5/n	
Bairro:	Estado:	CEP:
Área Rural	SP	58342-000
E-mail:	Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 09200 CONTA: 000413520	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Representante legal da vítima ou beneficiário (se houver)	Local e Data: 10/09/2020, 30/01/2020 Nome: Josival Romo de Araújo CPF: 060.979.354-39	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A RODO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 961/2019

Aos quatro (04) dias do mês de maio do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 07:30 HS; compareceu JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO, brasileiro, casado, com 42 anos de idade, natural de Sapé, filho de José Batista de Araújo e Maria das Dôres dos Ramos, residente Sítio Areia Branca, s/n, zona rural de Riachão, o qual declarou o seguinte: QUE no dia 22 de maio do corrente ano, o noticiante pilotava uma motoHonda CG 150 FAN ESI de placa OEX 9553/PB, quando colidiu com um caminhão de placas KFF 2150/PB; QUE o acidente ocorreu na localidade de Lagoa do Padre; QUE por conta do acidente, o noticiante ficou internado no Hospital de Traumas, e até hoje tem sequelas do acidente. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE:

ESCRIVÃ POLICIA:

Cesarina Maria Araujo de Medeiros

MAT: 135.635-6

Mat: 135. 635- 6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CEP da vítima:	Nome completo da vítima:
060.979.354-39		Josival Romo de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Josival Romo de Araújo	agricultor	060.979.354-39
Endereço:	Número:	Complemento:
Sítio Passagem	5/n	
Bairro:	Estado:	CEP:
Área Rural	SP	58342-000
E-mail:	Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0920 CONTA: 000413520

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.



Local e Data: 10/09/2009, 30/01/00
Nome: Josival Romo de Araújo
CPF: 060.979.354-39

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130

Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 7



CERTIDÃO

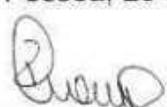
Nº. 1640/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA 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 Nº231864 e Prontuário N° 2019.05.2748 pertencentes ao paciente **JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO** foi atendido dia 22/05/2019 às 22h28min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/05/2019. Com alta médica dia 26/05/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, deixo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019


Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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: 13/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.459,47

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041352-0

Nr. da Autenticação 30C7CCC72548BB0F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 9

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC.EST.: 160156230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140	B	CDC: 0000280012 - 6
PEDRO JOSE DA SILVA		
RUA DA REPUBLICA 390		
JOAO PESSOA		
Domicílio:	971 Medidor: 00008162616	VARADOURO CEP: 58.010- 18
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS		
Coordenadas: -7,121236, -34,889865		





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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**.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho 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 Floriana de Siqueira Odman, inscrito (a) no CPF sob o N° 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joséval Romeo de Araujo, inscrito (a) no CPF sob o N° 060.979.354-39, do sinistro de DPVAT cobertura imedida da Vítima Joséval Romeo de Araujo, inscrito (a) no CPF sob o N° 060.979.354-39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Bairro <u>Centro</u>		<u>Rua da República</u> Cidade <u>João Pessoa</u>	Número <u>390</u>	Complemento:
Email		Telefone comercial(DDD) Local e Data	Estado <u>PB</u>	CEP
			Telefone celular (DDD) <u>(83) 8873-0310</u>	

8 Pessoa, 31 de janeiro de 2020
Local e Data

Floriana de Siqueira Odman

Assinatura do Declarante

0LDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 12

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGAREIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: 17 DE MARÇO FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 231864 Atd: Nao Regulad
Data: 22/05/2019
Hora: 22:28:52
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Num. Prontuario: 2019.05.002748

CNS: 708600368710287 Sexo: M IDENTIDADE: 2260285 Fone: 991655831

Natural: SAO/PR Data Nasc.: 15/11/1976 Id: 42 ano(s)

End.: SITIO AREIA DO SOBRADO,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF :PB

Mae: MARIA DAS DORES DOS RAMOS

Pai: JOSE BATISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Respi.: JOSE AL RAMOS DE ARAUJO

Rel/Def. Responsavel: 991655831 / IDENTIDADE: 2260285

Agencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NO LAGOA DO PADRE/COND.

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco: VERDE

PA:

FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PC:

TP:

Aparentemente Bem Grave

Peso:

Altura:

Politraumatizado Convulsao

Palpitação:

IMC:

Hemorragia Dispineia

Circ. And:

O2%:

Diarreia Agitado

Sintomas Principais:

Regular Chocado

JA EM MSE

Vomito

Observacao:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL, CONFORME
PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

POUCO SE ENCONTRAR DO TUDO, VITIMA DE ACIDENTE MOTO

APARECENDO PONTA DE GALEAZI.

Diagnóstico:

Conducta

Procedimento:

Horario da medicacao

INTENCAO PI TTO CIRURGICO

Dr. WILLY C. PONTE
Lundin Trauma Logia
05/06/2019



—AO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Dose | Horario | Evolucao

|-----| Reservado p/ liberacao

Transferido Desistencia UTI
 Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

note/Responses

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/05/19

Nome: JOSIVAL RONOS DE ANASTO
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: DOA EN ANTEBACO

HDA: VITIMA DE ACIDENTE MOTO. DOA A DEFOM MTDAC
EN ANTEBACO ()

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Fiebre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____ Amnésia Libido Humor

→ Hábitos:

J JHTF

HEP Dislipidemia Banho de Rio Casa de Taipa
 Neo Tabagismo

Alimentação

- 69 -

DM _____ TB _____ NEO _____

ura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FR = _____ TEMP(°C) = _____

— e Otoscopia):

Complementares:

s: EXPLANATION OF radio \rightarrow LIGO in ARD

Circumference

~~Dr. Yuri Mendes~~
~~Onapetra~~
~~CEP 58010-130~~
~~Dr. Portela~~

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Paulo L. de Andrade</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. Fábio</i>		1º Assistente:	<i>Dr. Fábio</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	<i>Dr. Souza</i>	Tipo Anestesia: <i>OPG</i>		Horário:	I: <i>10:00</i> T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Febre Radiante</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ótimo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Exame cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 17

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Pulmão

Adenose

Febre

Pelos de pele

Fora de humor

Refluxo

estresse

Dr. Flávio G. F. Borges
CRM-PB 5393
CRM-PE 14654
SBOT 0476

5/18

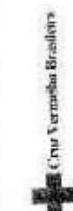
MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 18



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sernada Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

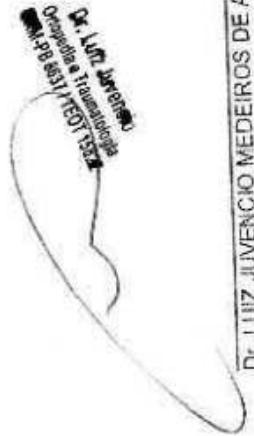
Paciente: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO
Idade: 42
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
Data: 22/05/2019 16:59:02
BAE: 1164534

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO ANTEBRAÇO
ESQUERDO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRACTURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DO RÁDIO
CONDUTA: CONFORME PACTUAÇÃO ENCAMINHO AO TRAUMINHA



Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB



Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sernada Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/n Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sernada Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/n Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: *Josivaldo Ramos de Araújo* | Prontuário N°: _____
Idade: *42a* | Sexo: *ur.* | Cor: *CLINICA* | Enf: *17* | Peso: *160.*

Data de Admissão: *22/05/19* | Data de Alta: *26/05/2018* | Tempo de permanência:

Diagnóstico inicial: *Fr. Rádio (D) de ófiss* | CID: _____
Diagnóstico definitivo: *O mesmo.* | CID: *582.3*
Outros diagnósticos: _____

Principais exames: *RADIOGRAFIA.*

Procedimento realizado: *OSTEOSÍNOSIS.*

Terapêutica medicamentosa: _____

Anatomia patológica: _____

Infecção F.O. SIM NÃO | Coleta de material: SIM NÃO

Resultado bacteriológica: _____

Condições de alta: MELHORADO | REMOVIDO | A PEDIDO | CURADO | ÓBITO

Resumo clínico: *Pr. ei entre com Fr rádio (de ófiss) G; foi submetido a procedimento cirúrgico com apósite de ferro e parafusos. Recuperação em 2005 com ósseo ótimo.*

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____

REPOUSO: Relativo em casa por *10* dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em *30* dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em *60* dias e com esforço maior em *90* dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Analgesico + antiinflam*

RETORNO: Ao posto de saúde em *10* dias para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do *ontoped* em 30 dias para revisão. Dr. Fábio.

DATA: *26/05/19* | Dr. Kleber Lamas da Nóbrega
Res. Cirurgião e Reumatologista | CRM: 11004
ASS. MÉDICO / CRM: _____

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





CARTÃO DE RETORNO	
PACIENTE: <u>JOSIVAL RAMOS</u>	
DATA DO ATENDIMENTO: <u>20/05/18</u>	
<input type="checkbox"/> N° PRONTUÁRIO:	<input type="checkbox"/> FICHA:
MÉDICO (CARIMBO): <u>Dr. Fábio</u>	
DIAGNÓSTICO: <u>Fr Rádio (6)</u>	
PROCEDIMENTO: <u>Golpezi</u>	
<u>Osteosíntese.</u>	
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.	

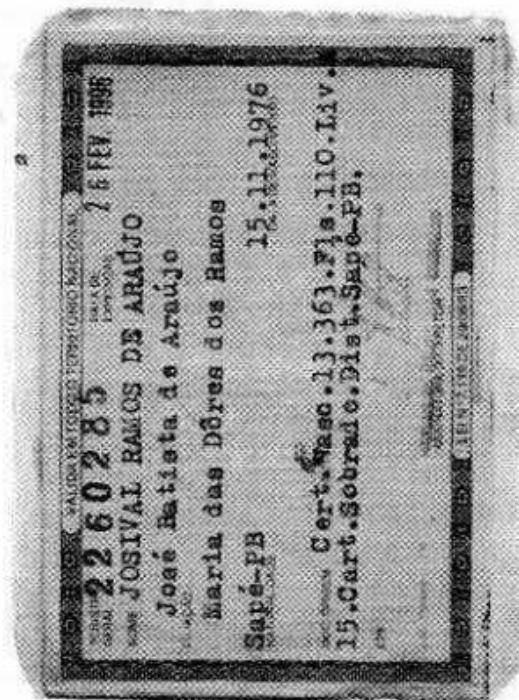






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 23



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Josival Ramos de Araujo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua João Vassoura, nº 11/n, bairro Área Rural, Município de Sobrado, Estado de (o) Pernambuco, Cep. 58342-000, portador(a) do Rg nº 2260285, SSP/PE e CPF nº 060.979.354-39

Outorgado: Floriana da Silva Coimbra, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de Poco Fundo, Estado de (o) Pernambuco, Cep. 58010-180, portador (a) do RG nº 2611910, SSP/ PB e CPF nº 018.079.624-69

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) Josival Ramos de Araujo, ocorrido em 22/05/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 29, de 01 de 20

Josival Ramos de Araujo
Outorgante
CPF Nº 060.979.354-39

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF: 060.979.354-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO : 060.979.354-39

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: 04/02/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 28

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

Número do Sinistro: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF: 060.979.354-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

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: 18/02/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>
Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 29