

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 013813914169
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 05721036460

PLACANTUF: PE

NOVO

SEVERINO HIGINO BALALOGA

CPF/CNPJ: 05721036460

DATA: 05/03/2018

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 013813914169 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

NOF: 1463142

CHASSI: 902KKB0410F433433

DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2018

DATA DE EMISSÃO: 05/03/2018

PLACA: 05721036460

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.803/0001-04

31094-0835127 20180306

DEZ-2017

SOBRADO - PE - LOCAL: 05/03/2018

42005

31094

Assinatura

PROTÓCOLO
13 FEV. 2019
CONTROLE DE EMISSÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190139002 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P7/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

CERTIDÃO

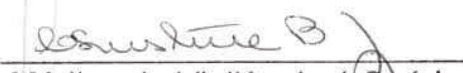
Nº. 1583/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 144756 e Prontuário nº 2018.07.001817 pertencentes a **CACILDO DA SILVA BATISTA** que foi atendido dia 14/07/2018 às 22H55min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura bimalleolar de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/07/2018 com alta médica dia 26/07/2018.

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

João Pessoa, 16 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144756 Atd: Nao Regular
Data: 14/07/2018
Hora: 22:55:12
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001817

Nome: CACILDO DA SILVA BATISTA

CNS: 700506316144458 Sexo: M IDENTIDADE: 3030107 Fone: 991676555

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO AREIA VERMELHA, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF: PB

Mae: MARIA DO SOCORRO DA SILVA BATISTA

Pai: JOSE CESARIO BATISTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Rece.: CACILDO DA SILVA BATISTA

Tel/Doc. Responsavel: 991676555 / IDENTIDADE: 3030107

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXMOTO- AS 20:00

Vitima de violencia por: SOBRADO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

SpO₂:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

rc. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Q.ixa Principal

TRAUMA EM MID.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

15 FEV. 2013
PROTOCOLO
1542 884
Maurice Ayuda Falcão
TEND-141070202-05

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 [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/07/19

Nome: CACIM M SINA
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe: Bairro:
Endereço: Estado: Fone: Profissão:
Cidade: Estado Civil: Religião:
Sexo: F () M () Cor: Data de Nascimento: / /
Escolaridade:

QPD: Da e soma m 1W7 5

HDA: Após 10 dias por 10 dias
10/15

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ 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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

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

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: _____

Maurício Arruda Felinto
FEN-MED-0102883-551 (m)
2014-12-22 / CRR - PE 2117

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cacildo da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>CEP</i>	EMP:	LR:
Data: <i>23/01/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Evandro</i>			1º Assistente: <i>R. Dr. Eduardo</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura bimalar do maxilar direito</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Onco</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>RAFI</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA sobre a tábua
- Assépsia e antissépsia
- Aplicação de campos compressivos estéril

Incisão:

Latéral em INZ (D) +
região medial INZ (D)

Achados:

Fratura de maldado latéral e
maldado medial de tornozelo direito

Conduta:

Redução aberta + fixação
interna com placa 1/2 de cano 8 furos
e 6 parafusos + 1 fio de Kirschner
2.º D

- Sutura por placas
curativas
tala Peter.

Fechamento:

OBS:

Data: 23/04/18

Equipe de
Cirurgia
Ortopédica

Ry + An Exata
MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>CACILDO DA SILVA BATISTA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>25/07/11</u>	Cirurgião: <u>DR. EVERTON</u>			1º Assistente: <u>DR. YURY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FX MALAROLA MEDIAL</u>					<u>S. 82.</u>
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O NCMO.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>OSTEOSSÍLISE DEFINITIVA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (✓) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (✓) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
GARGOTA MÊNTO MEMBRO INFERIOR
ASSEPÇÃO + ANTISEPSIA.
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS.

Incisão: LONGITUDINAL MEDIAL EM TAZ POR PHANOS
ATE O TOCO DE FRATURA

Achados: FX MILEOLA MEDIAL

Conduta: REALIZADO MANEJO DE REDUÇÃO SOB ESCÓPIA
APOSEIÇÃO DE 2 FIO KC SOB ESCÓPIA.
LIMPEZA COM SFO 9%
DETIVAÇÃO GARGOTE M I.

Fechamento: SUTURA DE LIGAMENTO DELTOIDE
SUTURA DE PELE.
TUDO SUDO POPULICA.

OBS:

DEU ALTA COM TALA.

Data: 25/07/18

Yury Cordeiro
CRM PB: 11507
MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-919

X *Teófilo da Silva Batista*
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3030107 DATA DE EXPIRAÇÃO 3 JUN 2002

NOME CACILDO DA SILVA BATISTA

Nome Casário Batista

FILIAÇÃO Maria do Socorro da Silva Batista

João Pessoa-PB 17.11.1984

Cert. Nasc. Nº 13.544. fls. 281. liv. A. 19

DOC ORIGEM Cart. Sobrado-PB

CPR *M. Marbeto*

JOÃO PESSOA PB

LE Nº 7.116 DE 2003

15 FEV. 2013
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA



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:

<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.

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 Maria Cinthia Gilo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051690444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cacildo da Silva Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 056643524 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cacildo da Silva Batista
inscrito (a) no CPF sob o Nº 056643524 / 18, 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>Agente Fiscal Costa Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: <u>Sals 06</u>
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>cinthia_gilo@hotmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>33</u> <u>9183</u> <u>12056</u>	

Local e Data: João Pessoa - PB 14/03/19

Maria Cinthia Gilo da Silva
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Higinio Barbosa,
RG nº 2499474, data de expedição 01/02/94,
Órgão SPB, portador do CPF nº 05721036460, com
domicílio na cidade de Sobrado, no Estado de
Paraná, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Areia Vermelha, nº 512,
complemento Long Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lucilda da Silva Beites cujo o condutor era
Lucilda da Silva Beites.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 160 ABS GD
Ano: 2014/2015
Placa: NAT 3461 10
Chassi: 9C 2R D0310 FR 4133 15
Data do Acidente: 14/07/18
Local e Data: João Renas, 07 fevereiro de 2019.

Severino Higinio Barbosa
Assinatura do Declarante

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

CF **FELICIANO DA SILVA**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:
SEVERINO HIGINIO BARBOSA*****

Em test.da verdade, Sape-PB 01/02/2019, 14:11:46
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
[2019-000935]EMOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AID08126-J4U4
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.ius.br>

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1743
Paraná - CEP 58340-000 Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
TABELIA

CARTÓRIO ÚNICO
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1743
Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
CEP 58340-000-Sape-PB

15 FEV. 2019
PROTOCOLO
1040 PESSOA

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6
Tambauzinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 6

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/11/2018

EMIÇÃO: 19/10/2018

POSTAGEM: 29/10/2018

FATURA: 3559269888

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/SET A 18/OUT



Serviços TIM S.A.

VALOR

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

TIM Portal CONTEUDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitado	481m06s	1	30	19/09 a 18/10	49,90
-	-	1	30	19/09 a 18/10	Incluído
Total de Mensalidades					49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM

Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares

Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos

Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	37m18s	23	-	-	0,00
-	429m54s	227	-	-	0,00
-	02m06s	1	-	-	0,00
-	11m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM					0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL:	R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
OUT/2018

DATA DE EMISSÃO
19/10/2018

DATA DE VENCIMENTO
10/11/2018

VALOR
R\$ 49,90

VIA BANCO

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00355926988 - 5 80119257526 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Nº de identificação do documento: 3559269888

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rejeito para simplificar pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. Nº 019.400.532



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. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CACILDO DA SILVA BATISTA
SIT AREIA VERMELHA 33
SOBRADO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/851033-1

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

29/01/2019

CONSUMO

88

VENCIMENTO

05/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,61

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CACILDO DA SILVA BATISTA

Roteiro: 18-264-783-7850

83600000000-7 47610054000-6 08510332019-9 01700264019-5

VENCIMENTO

05/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,61

MATRÍCULA

851033-2019-01-7



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: _____ CPF da vítima: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista

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

Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Arua Vermelha Número: 33 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: _____
E-mail: emthia_gile@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: 37 266 2

(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 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.

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 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Soão Pessoa - PB 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Caetano da Silva Batista
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00909.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00909.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:08 horas do dia 24 de janeiro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cacildo da Silva Batista**, CPF nº 056.643.524-18, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria do Socorro da Silva Batista e José Cesário Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Areia Vermelha, Nº 33, bairro Centro, tendo como ponto de referência Ginásio, na cidade de Sobrado/PB, telefone(s) para contato (83) 99394-5209.

Dados do(s) Fatos:

Local: Manoel de Sales, Prefeitura, Sobrado/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/07/18 21:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

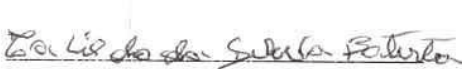
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2014/2015 de cor vermelha, placa: NQF3461/PB, Chassi nº 9C2KD0810FR413315, REGISTRADO EM NOME DE Severino Hígino Barbosa-CPF nº 057.210.364-60 amigo do notificante; QUE seguia normalmente em sua mão quando um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem condutor da mesma; QUE segundo o notificante este cruzou a rua sem ter a devida atenção e acabou por colidir com o veículo (moto) do notificante, onde ambos vieram a cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido para o Hospital Dr. Sá Andrade em Sapé PB e encaminhado para o hospital em João Pessoa PB conforme ficha de encaminhamento; Que devido ao fato e lesionado conforme CERTIDÃO Nº 1583/2018, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 26/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CACILDO DA SILVA BATISTA
Noticiante



Procedimento Policial: 00909.01.2019.1.00.401

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: _____ CPF da vítima: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Arua Vermelha Número: 33 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: _____
E-mail: emthia_guilo@hotmail.com Tel.(DDD): 83 988812056

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37 266 2
(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 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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Caetano da Silva Batista
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcelo Cunha Guelo de S.
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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

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: _____ CPF da vítima: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista

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

Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Arua Vermelha Número: 33 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: _____
E-mail: emthia_gile@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: 37 266 2

(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 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.

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 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Soão Pessoa - PB 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Caetano da Silva Batista
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CACILDO DA SILVA BATISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000037266-2

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



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTIA GRILO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA

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

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CACILDO DA SILVA BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000037266-2

Nr. da Autenticação E4D360BFA7736650

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057966/19

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

CPF: 056.643.524-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: CACILDO DA SILVA
BATISTA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

CACILDO DA SILVA BATISTA : 056.643.524-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057966/19

Número do Sinistro: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

CPF: 056.643.524-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: CACILDO DA SILVA
BATISTA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

Declaração Circular SUSEP 445/12

CACILDO DA SILVA BATISTA : 056.643.524-18

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157, Mangabeira, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98663-4900/ (83) 98660-2858

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cacildo da Silva Batista
Estado Civil: União Estável Profissão: Agricultor
Identidade nº 30.30107 CPF: 056.643.524-18
Endereço: Sítio Areia Vermelha, 33, Centro
Cidade: Solânea CEP: 58342-000
E-mail: _____ Telefone/Whatsapp: 83 9888 12056

OUTORGADO(S): JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA, OAB/PB 17295, com escritório profissional sito a Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, n.º 157, Sala Mangabeira II, João Pessoa/PB, CEP: 58056-384, e-mail: duarteesilvaadvogados@outlook.com

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Cacildo da Silva Batista, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa/PB 01/02/2019

x Cacildo da Silva Batista

OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral
Rue Com Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro
Paraíba - CEP: 58.340-000 Fone/Fax: (83) 3283-2341
Severina Lúcia M. Feliciano
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escritor
Rue Com Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
CEP: 58340-000 - Sape - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: CACILDO DA SILVA BATISTA
Em test. da verdade. Sape - PB 01/02/2019, 14:17:38
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escritor
[2019-0009336] EMUL: R\$ 9,91 FAPEN: R\$ 0,29 FEPI: R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AID08127-UVT4
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

15 FEV. 2019

PROTOCOLADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190139002 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P7/8/9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50