



Número: **0823113-69.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLAUDECI SANTANA DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31705 101	19/06/2020 10:49	<u>2727735_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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094478 Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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 n° 15592950



01873/01874 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006191049543710000030400270>
Número do documento: 2006191049543710000030400270

Num. 31705101 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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094478 Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Informamos que o pagamento da inde

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%
Grau III - Fálico 50%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000021517-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

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 s/nº do ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 467.957.744-49 Cláudia Santana da Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Cidade: 9 - CPF: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - Tel.(DDD):
 16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todas as flas de dirito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$0,00 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 (informe pelo banco abaixo. Anexe uma cópia)

CONTA CORRENTE (Pouco ou zero)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Name do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA: 21.517

(Informar o dígito de excluir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para o fim de req., em meus direitos de cobertura do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço ressalva, salvo o repto que é da utilização do laudo de "Atestado de Inabilitação temporária" do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na "Declaração apresentada, com ocorrência, desse ato, em meus direitos à avaliação médica acima, a Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de menor grau de intensidade, conforme Lei nº 3947/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa breve a comprovação da sua futura avaliação médica da renúncia ao direito de contestá-la, respeitando o seu conteúdo".

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado no Civil Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não Se a vítima deixou companheiros, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não Vivos Falecidos Vítima de casal: Sim Não Se tiver pais? Sim Não Vivos Falecidos Vítima deixou pais/vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider não paga, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte que as beneficiárias que se apresentarem e que cumpram este condicão estarão sujeitas, ou não, a outras formas de cobertura, gerando a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 399 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/pedido:

40 - Local + Data:

João Pinho 03.21/02/2020
Cláudia Santana da Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

-PS-001-V002/2019





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a 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 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PÍLOTANDO, PRÓXIMO AO SITIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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, 04 de fevereiro de 2020.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação



CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 4



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 s/nº do ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 467.957.744-49 Cláudia Santana da Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - Endereço: 7 - Profissão: 8 - Cidade: 9 - CPF: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - Tel.(DDD):
 16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todas as flas de dirito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR R\$0,00 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 BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe pelo banco abaixo. Anexe uma cópia)

CONTA CORRENTE (Pouco ou zero)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Name do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA: 21.517

(Informar o dígito de excluir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ALÉNDIA 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 o fim de req., em meus direitos de cobertura 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 ou adjacente 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.

Peço ressalva ao laudo, visto o intempereimento da utilização do laudo na época do acidente do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Declaração apresentada, constante, desse la, em meus direitos de cobertura do Seguro Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes devidas ao acidente, conforme Lei 6.345/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa breve a comprovação da existência e quantificação das lesões permanentes devidas ao acidente, ou a rejeição de concedê-la, caso constate do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado no Civil Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não Se a vítima deixou com herdeiros, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar se teve filhos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider não é responsável por danos decorrentes de negligência ou imprudência da vítima, ou de terceiros, ou de sua conduta em excesso ou declaração não-verídica sobre a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 399 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina e roga o pedido:

35 - Nome legível de quem assina e roga o pedido:

36 - CPF legível de quem assina e roga o pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina e roga o pedido:

40 - Local e Data:

José Pinho 03.21/02/2020
Cláudia Santana da Silveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

PS-001 V002/2019



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a 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 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PÍLOTANDO, PRÓXIMO AO SITIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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, 04 de fevereiro de 2020.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação



CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 6

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000021517-1

Nr. da Autenticação BF343CD32E13DB12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor R\$ 99,71
Documento emitido em 24/01/2020
Número do documento: 20061910495437100000030400270 N° 637.375.443



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 22 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 29.095.183 / 0001-40 - Inscrição 16.215.322-6

DADOS DO CLIENTE
CLAUDECI SANTANA DA SILVA
SIT ÁGUA FRIA S/N CASA
MATA RACA

CCD - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
JAN/2020	15/01/2020	187	22/01/2020	R\$ 99,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/01/2020				
Pagador: CLAUDECI SANTANA DA SILVA CNPJ/CPF: 467.957.744-49				
SIT ÁGUA FRIA S/N CASA - ÁREA RURAL - MATA RACA / PE - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Cota Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
26249120010988092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 22, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-480				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

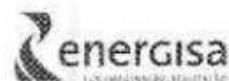
Num. 31705101 - Pág. 8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-íota de validade.

Bilhete para impressão e envio da nota fiscalizada ao cliente final. N° 037.641.360



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 03.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157, SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

20/01/2020

CONSUMO

227

VENCIMENTO

27/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440306234773	0016982812020-11	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>

Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 9



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)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www3.susep.gov.br/BUSCOTESTEWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25635>

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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 8.613/93.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754.74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Claudaci Sontana do Vale

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744-49

do sinistro de DPVAT cobertura

Amoel Bez

na Vítima

Claudaci Sontana do Vale

inscrita (a) no CPF sob o Nº 467.957.744-49

conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Período: _____ C. Apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro o que sob as penas da lei e para fins de prova no res enunciado junto à Seguradora, Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Faço constar de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 293 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal bni 6. Duarte Número: 154 Complemento:

Bairro: Gangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384

E-mail: (83) 98663-4900

Local e Data:

João Pessoa - PB

Assinatura da Declarante



PF: JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CC: HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUE: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 255015 Atd: Nao Regulado
Data: 20/08/2019
Hora: 20:28:27
Repcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.09.002374

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1074905 Fone: 987901162

Natural: SUME/PB Data Nasc.: 09/11/1965 Id: 53 ano(s)

End.: RUA EMIDIO VIDAL, 457

Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF :PB

Mae: SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA

Pai: EDVALDO MIRANDA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987901162 / IDENTIDADE: 1074905

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

I I 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 [] Dispineira
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

Queixa Principal

(20:51) # ein bermha Observacao

Paciente com historico de queda de caxa em pé (E). Negue TEE, dor no braço, não tem perda de sensibilidade.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BEB, synco, corado

Aparece dependencia + punta protuberante no tornozelo (E)

Diagnostico

Conduta 1. Analise ortopédica

#ortopédia

2. ALTA URGENT

Parante com bala no tornozelo

3. Do Tornozelo (E)

Prescriçao

Horario da Medicacao

de queda de altura com fratura a proximidade com ferimento profundo.

HO: Fr exposto TIZ (E)

CD: Ao bloco Pm Hto Cirurgia

Raquel Bezerra Estrela
Médica CRM PB 7373Daniel R. Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 9248

[Signature]
Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> | Atestado <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IMI |

Roseli Fronimette S. Baer

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Cláudia S. Silve. Data da Admissão: 20/09/11
Prontuário: _____ Idade: 53 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA: Dores abdominais e defecação dolorosa
em torno de 5 dias (F) dia de trânsito por
anteriormente de metade

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
[]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 []Hematúria
[]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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____ Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____**Exame Físico:**Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____
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: Fratura da T7 (E)

Conduta: Internação hospitalar.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Elaine de Souza de Oliveira</i>				Registro:	
Idade: <i>53</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clínica: <i>Dr. Rosário Soárez</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rosário Soárez</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Faixa de risco</i> <i>com fratura da cana</i> <i>fio de ferro</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>Selar de dípôs de</i> <i>exodontose - fijo</i> <i>enfase + 1 mola</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pneum. e aedica
Retirada de fio -

Incisão:

ex ferme -

Achados:

Se infec. crônica
emolico +
lhe ferme d.
Tipo 86 -

Conduta:

Echamento:

OBS:

Data: 5/9/19

J Dr. Roberto A. Soares
Orto - Traumato
Belo, PB 1590
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Coelho Quarte, S/N, CEP 58056-364 Mangabeira II, João Pessoa - PB



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
1.074.905 - 2 VIA	21/10/2008
NOME	
CLAUDECI SANTANA DA SILVA	
FILIAÇÃO	
EDIVALDO MIRANDA DA SILVA	
SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA	
NATURAL DAUS	DATA DE NASCIMENTO
SUMÉ - PB	09/11/1965
DOC. OFICIAL	
CASAN N. 31209 FLS. 193 LIV. B-69	
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB	
CPF	
467.937.744-49	
JOSÉ VIEIRA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094478 Cidade: Mataraca Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA Data do acidente: 20/08/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor R\$ 99,71
Documento emitido em 24/01/2020
Número do documento: 20061910495437100000030400270 N° 637.375.443



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 22 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 29.095.183 / 0001-40 - Inscrição 16.215.322-6

DADOS DO CLIENTE
CLAUDECI SANTANA DA SILVA
SIT ÁGUA FRIA S/N CASA
MATA RACA

CCD - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	VALOR TOTAL
JAN/2020	15/01/2020	187	22/01/2020	R\$ 99,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/01/2020				
Pagador: CLAUDECI SANTANA DA SILVA CNPJ/CPF: 467.957.744-49				
SIT ÁGUA FRIA S/N CASA - ÁREA RURAL - MATA RACA / PE - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Cota Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
26249120010988092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 22, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-480				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

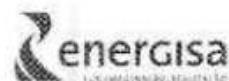
Num. 31705101 - Pág. 21

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-íota de validade.

Bilhete para impressão e envio da nota fiscalizada ao cliente final. N° 037.641.360



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 03.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157, SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2020

20/01/2020

227

27/01/2020

R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440306234773	0016982812020-11	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>

Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 22



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a 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 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PÍLOTANDO, PRÓXIMO AO SITIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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, 04 de fevereiro de 2020.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação



CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 23



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a 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 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PÍLOTANDO, PRÓXIMO AO SITIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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, 04 de fevereiro de 2020.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação



CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 24



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 s/nº do ASL: **467.957.744-49** 4 - Nome completo da vítima: **Cláudia Santana da Silveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Cláudia Santana da Silveira	6 - CPF:	467.957.744-49
7 - Profissão:	Recuse Informar	8 - Endereço:	Sítio Agua Fria
11 - Bairro:	Areia Branca	12 - Cidade:	Mata de São João
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58000-000
15 - E-mail:			
16 - Tel. (DDD):			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todas as flas de dirito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe pelo banco abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Pouco ou zero)

Name do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **0137** CONTA: **21.517** (3)

(Informar o dígito de exatidão) (Informar o dígito de exatidão) (Informar o dígito de exatidão)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para o fim de req., em meus direitos de cobertura do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço ressalva ao laudo, visto o intempereimento da utilização do laudo na época do acidente do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Declaração apresentada, constante, desse laudo, em meus direitos de cobertura do Seguro Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes devidamente fixadas, conforme Lei nº 3947/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa breve a comprovação da eventual validade da renúncia ao direito de contestá-la, caso o direito do seu conteúdo

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado no Civil Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou, contanto que (a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou com testemunha, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou, se teve filhos? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não 33 - Vítima deixou, se teve filhos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider não é responsável por danos causados à vítima, seja qual for a causa, que sejam ou não devidamente provados, garantindo a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 399 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina e roga o pedido:

35 - Nome legível de quem assina e roga o pedido:

36 - CPF legível de quem assina e roga o pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina e roga o pedido:

40 - Local e Data: **João Pessoa PB - 21/02/2020** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Cláudia Santana da Silveira**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

-PS-001-V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094478 Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Informamos que os pagamentos da inden

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%
Grau 3 - Fálico 50%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000021517-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

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 s/nº do ASL: **467.957.744-49** 4 - Nome completo da vítima: **Claudice Santana da Silveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Claudice Santana da Silveira	6 - CPF:	467.957.744-49
7 - Profissão:	Recuse Informar	8 - Endereço:	Sítio Agua Fria
11 - Bairro:	Areia Branca	12 - Cidade:	Mata de São João
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58000-000
15 - E-mail:			
16 - Tel. (DDD):			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todas as flas de dirito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

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

CONTA POUPANÇA (informe pelo banco abaixo. Anexe uma cópia)

CONTA CORRENTE (Pouco ou nenhum)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Name do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: **037**

CONTA: **21.517**

(Informar o dígito de excluir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ALÉNDIA 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 o fim de req., em meus direitos de cobertura 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.

Peço ressalva, salvo o reembolso da totalidade do valor pago do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Declaração apresentada, constante, desse laudo, em meus direitos de cobertura do Seguro Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes devidamente constatadas, conforme Lei 6.345/76, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa breve a comprovação da eventual validade da renúncia ao direito de contestá-la, caso o direito do seu conteúdo

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteira Casada no Civil Divorciada Separada judicialmente Viúva

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima é menor de idade?

27 - Se sim, informar:

28 - Vítima é menor de idade?

29 - Se sim, informar:

30 - Vítima é menor de idade?

31 - Vítima é menor de idade?

32 - Se sim, informar:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

34 - Vítima é menor de idade?

35 - Se sim, informar:

36 - Se sim, informar:

37 - Se sim, informar:

38 - 1º - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa PB - 21/02/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Claudice Santana da Silveira**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

-PS-001-V002/2019





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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094478 Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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 n° 15592950



Pac 01873/01874 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Núm. 31705101 - Pág. 28

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000021517-1

Nr. da Autenticação BF343CD32E13DB12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 29

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLAUDECI SANTANA DA SILVA....., brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão BIOLOGO....., residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA.. MINERAL ST. AGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL.....
Município de NATARACÁ - FRÍA, Estado de(o) PARAÍBA Cep. 58292-880
portador(a) do RG nº 1.074.705, SSP/ PB e CPF nº 467.957.744-49

Outorgado: Alezandra Cesar Duarte....., brasileiro(a),
estado civil Casada, profissão ADVOGADA, residente e domiciliado(a) à
Rua Agm. R. Fidalgo Jose G. Duarte 157, bairro Manoel Belo.....
Município de Joao Pessoa, Estado de(o) PB Cep. 58056-334
portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.503.751-71

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) ocorrido em 28/08/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza em validez.

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, 04 de fevereiro de 2020

CARTÓRIO
VIEIRABATISTA
Outorgante
CLAUDECI SANTANA DA SILVA
CPF Nº 467.957.744-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075351/20

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

CPF: 467.957.744-9

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CLAUDECI SANTANA DA SILVA : 467.957.744-49

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: 02/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 31



894056231



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094478 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
1.074.905 - 2 VIA	21/10/2008
NOME	
CLAUDECI SANTANA DA SILVA	
FILIAÇÃO	
EDIVALDO MIRANDA DA SILVA	
SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA	
NATURAL DAUS	DATA DE NASCIMENTO
SUMÉ - PB	09/11/1965
DOC. OFICIAL	
CASAN N. 31209 FLS. 193 LIV. B-69	
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB	
CPF	
467.937.744-49	
JOSÉ VIEIRA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 35

PF: JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CC: HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUE: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 255015 Atd: Nao Regulado
Data: 20/08/2019
Hora: 20:28:27
Repcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.09.002374

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1074905 Fone: 987901162

Natural: SUME/PB Data Nasc.: 09/11/1965 Id: 53 ano(s)

End.: RUA EMIDIO VIDAL, 457

E.V.

Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF :PB

Mae: SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA

Pai: EDVALDO MIRANDA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987901162 / IDENTIDADE: 1074905

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

I I 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 [] Dispineira
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

Queixa Principal

(20:51) # ein bermha Observacao

Raciente com historico de queda de caxa em piso (E). Negue TEE, dor no braço, não tem perda de sensibilidade

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BEB, synco, corado

Apresenta deformidade + ponta protuberante no tornozelo (E)

Diagnostico

Conduta

1. Analise ortopédica

2. ALTA URGENT

3. Do Tornozelo (E)

#ortopeda

Parante com bala

Prescriçao de queda de altura com fratura a proximidade (E) com ferimento profundo.

HO: Fr exposto TIZ (E)

CD: Ao bloco Pm Hto Cirurgia

Horario da Medicacao

Raquel Bezerra Estrela
Médica CRM PB 7373Daniel R. Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 9248

[Signature]
Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> | Atestado <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IMI |

Roseli Fronimette S. Baer

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Cláudia S. Silve. Data da Admissão: 20/09/11
Prontuário: _____ Idade: 53 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA: Dores abdominais e defecação dolorosa
em torno de 5 dias (F) dia de trânsito por
anteriormente de metade

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
[]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 []Hematúria
[]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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____ Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____
 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: Fractura da T7 (E)

Conduta: Internação hospitalar.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Elaine de Souza de Oliveira</i>				Registro:	
Idade: <i>53</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clínica: <i>Dr. Rosário Soárez</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rosário Soárez</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Faixa de risco</i> <i>com fratura da cana</i> <i>fíbula do exterior</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>Selar de dípôs de</i> <i>esfriar + fixar</i> <i>enjugar + instigar</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pneum + aedica
Retirada de fio -

Incisão:

ex ferro -

Achados:

Se infecção
emulcida +
laje ferida.
Tipo 86 -

Conduta:

Echamento:

OBS:

Data: 5/9/19

Dr. Roberto A. Soares
Orto - Traumato
Belo, PB 1590
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Coelho Quarte, S/N, CEP 58056-364 Mangabeira II, João Pessoa - PB





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)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www3.susep.gov.br/BUSCOTESTEWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25635>

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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 8.613/93.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754.74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Claudaci Sontana do Vale

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744-49

do sinistro de DPVAT cobertura

Amoel Bez

na Vítima

Claudaci Sontana do Vale

inscrita (a) no CPF sob o Nº 467.957.744-49

conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Período: _____ C. Apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro o que sob as penas da lei e para fins de prova no res anexo junto à Seguradora, Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, zonoxando a cópia no art. 239 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal bni 6. Duarte Número: 154 Complemento: _____

Bairro: Gangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384

E-mail: (83) 98663-4900 Tel (DD): _____

Local e Data:

João Pessoa - PB

Assinatura da Declarante

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLAUDECI SANTANA DA SILVA....., brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão BIOLOGO....., residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA.. MINERAL ST. AGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL.....
Município de NATARACÁ - FRÍA, Estado de(o) PARAÍBA Cep. 58292-880
portador(a) do RG nº 1.074.705, SSP/ PB e CPF nº 467.957.744-49

Outorgado: Alezandra Cesar Duarte....., brasileiro(a),
estado civil Casada, profissão ADVOGADA, residente e domiciliado(a) à
Rua Agm. R. Fidalgo Jose G. Duarte 157, bairro Manoel Belo.....
Município de Joao Pessoa, Estado de(o) PB Cep. 58056-334
portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.503.751-71

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) ocorrido em 28/08/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza em validez.

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, 04 de fevereiro de 2020

CARTÓRIO
VIEIRABATISTA
Outorgante
CLAUDECI SANTANA DA SILVA
CPF Nº 467.957.744-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075351/20

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

CPF: 467.957.744-9

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CLAUDECI SANTANA DA SILVA : 467.957.744-49

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: 02/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/06/2020 10:49:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061910495437100000030400270>
Número do documento: 20061910495437100000030400270

Num. 31705101 - Pág. 44