



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)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31705101	19/06/2020 10:49	<a href="#">2727735_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15592950





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

**Rio de Janeiro, 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 indenização do 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: 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

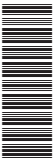
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01305/01306 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020653





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do ASL: 3 - CPF de vítima: 467.957.744-49 4 - Nome completo da vítima: Claudete Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Santana da Silva 6 - CPF: 467.957.744-49  
7 - Profissão: Recusou Informar 8 - Endereço: Sítio Agua Fria 9 - Número: SN 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Ave Rural 12 - Cidade: Jataí 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todas as penas de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 A R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 20.001,00 A R\$ 50.000,00 ☐ R\$ 50.001,00 A R\$ 100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 100.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Caixa Econômica  
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 21517 3

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o anexo, desde já, em me submetendo à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes dos membros do corpo de membros, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação futura à avaliação médica ou à renúncia ao direito de contestação, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informe: 30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e apresentarem este comprovando o direito de indenização, ou que sua ausência em não comparecer não poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição: 36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a seguinte petição: 38 - 39 - Nome: CPF: 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura da testemunha: Assinatura da testemunha:

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

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  
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 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 íntegra: 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 Gouvêa 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) Fatos:**

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 PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO 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. TARCÍSIO 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, excepo 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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF de vítima:

467.957.744-49

4 - Nome completo da vítima

Claudea Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudea Santana da Silva

6 - CPF: 467.957.744-49

7 - Profissão: Recusou Informar

8 - Endereço: Sítio Agua Fria

9 - Número: SN

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Ave Rural

12 - Cidade: Jataí

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, sob todas as penas de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o anexo, desde já, em me submetendo à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes dos membros do corpo de membros, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação futura à avaliação médica ou à renúncia ao direito de contestação, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima

☐ Solteira

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Graude Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a)

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e apresentarem este comprovando o direito de indenização, ou que sua ausência em caso de declaração não viciará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição

36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição

37 - (\*) Assinatura de quem assina a seguinte petição

38 - 1ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Jatá, PB, 21/02/2020

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  
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 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 íntegra: 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 Gouvêa 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) Fatos:**

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.**

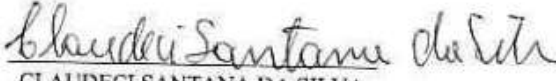
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO 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. TARCÍSIO 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, excepo 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



# 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



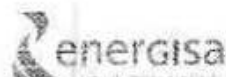


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não fiscalizado para fins de IPTU.

Substituição de pagamento da taxa de iluminação pública - Nº 037.375.443



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 29.985.183/0001-40 Insc.Est. 16.615.823-0

## NOME DO DEVEDOR

CLAUDECI SANTANA DA SILVA  
SIT AGUA FRIA S/N CASA  
MATARACA

## CDCC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

## REFERENCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

15/01/2020

## CONSUMO

187

## VENCIMENTO

22/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 99,71

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 AGUA FRIA S/N CASA - AREA RURAL - MATARACA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
26249120010988092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA 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>

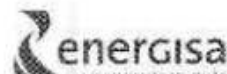
Número do documento: 20061910495437100000030400270

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável de imposto.

Bolero para sempre pagando da rede elétrica de energia elétrica. Nº 937.841.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 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](http://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
31502440308234773	001698281202011	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA 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



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 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 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/815-1075CAWEB/DOCORIGINALASRX?TIPO=13&CODIGO=15635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 5.613/95.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudeci Sontona do Silva

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

do sinistro de DPVAT cobertura Imovel

na Vítima Claudeci Sontona do Silva

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

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 no rescaldo junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia de comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no Art. 298 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número: 157

Complemento:

Bairro: Crangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP: 58056-384

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017



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

PE JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
CC HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA, 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  
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2017.09.002374

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

Natural: SUME/PE 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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%: VAT em 2011	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

Queixa Principal: 20:57 # em 60m Observacao

Paciente com historico de queda de caixa em pi (E). Noque TEE, de  
mao, com a perda de conciencia

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BE6, alpinos, corado

Apresenta dependência + fratura patológica em tornozelo (E)

Diagnostico

#ortopedica

Conduta 1. Analise ortopedica

2. ALTA em 60m

3. Do tornozelo (E)

Prescricao

Horario da Medicacao

Paciente com historico  
de queda de altura com  
trauma e fratura patológica em  
tornozelo.

HO: Fr. exposto TEE (E)

CO: Ao bloco Pm HO Cirurgias

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM PB 7373

Daniel R. Cavalcante  
Ortopedista e Traumatologia  
CRM-PR 8248



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IM

*Suelio Moreira Torres*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Claudemir S. Silve.</u>		Data da Admissão: <u>20/09/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>53</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1/</u>		
QPD: _____			
HDA: <u>Do edema e deformidade</u> <u>em tornozelo (E) de 3 a 4 me por</u> <u>ar de 1 de maio</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposo [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] 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 Rios [ ]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 de VNZ (E)

Conduta: \_\_\_\_\_

Internação hospitalar





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cláudio Santiago de Sá</i>				Registro: <i>1111</i>	
Idade: <i>53a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>1111</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Santos</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura fechada da 1ª falange do 2º dedo do pé direito</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Retirada do fragmento da 1ª falange do 2º dedo do pé direito e fixação com fio de náilon e 2 pontos de sutura</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					

Rua: *Isaac José Costa Duarte, S/N* CEP: *58056-384*, Mangabeira II, João Pessoa - PB



### Posição e Preparo:

**Incisão:**

**Achados:**

### Conducta:

**Fechamento:**

**OBS:**

Date: 5/7/19

Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatol.  
CMAA-PR 1590

MÉDICO/CRM

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



VÁLIDA 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	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SOME-PB	09/11/1965
CASAM N. 31209 FLS. 193 LIV. B-69	
CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB	
CPF	
467.937.744-49	
JOÃO PESSOA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS REDES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG  
 2527715

CPF  
 045.502.754-74

DATA NASCIMENTO  
 21/08/1982

ENDEREÇO  
 ALEXANDRE 12 ARAUJO  
 DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

PLACAS  
 01051266600

VALIDADE  
 14/01/2019

VALIDADE  
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS  
 894056231

Assinatura do Titular

Assinatura do Detentor

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 17/01/2014

Assinatura do Detentor

66588356744

894056231





## 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

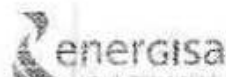


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não utilizado para fins fiscais.

Substituição de pagamento da taxa de distribuição de energia elétrica Nº 037.375.443



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 29.985.183/0001-40 Insc.Est. 16.615.823-0

## NOME DO DEVEDOR

CLAUDECI SANTANA DA SILVA  
SIT AGUA FRIA S/N CASA  
MATARACA

## CDCC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

## REFERENCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

15/01/2020

## CONSUMO

187

## VENCIMENTO

22/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 99,71

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 AGUA FRIA S/N CASA - AREA RURAL - MATARACA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010988092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA 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>

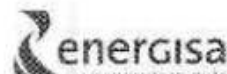
Número do documento: 20061910495437100000030400270

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerimento de crédito.

Bolero para sempre pagar em dia não significa de forma alguma. Nº 937/841.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 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](http://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 - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440308234773	001698281202011	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA 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				





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 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 íntegra: 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 Gouvêa 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 Agua 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) Fatos:**

Local: Sítio Agua 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 PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO 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. TARCÍSIO 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, excepo 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





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 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 íntegra: 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 Gouvêa 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) Fatos:**

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**.

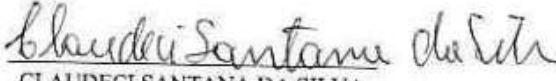
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO 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. TARCÍSIO 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, excepo 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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF de vítima:

467.957.744-49

4 - Nome completo da vítima

Claudea Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudea Santana da Silva

6 - CPF: 467.957.744-49

7 - Profissão: Recusou Informar

8 - Endereço: Sitio Agua Fria

9 - Número: SN

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Area Rural

12 - Cidade: Jataí

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, sob todas as penas de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE

(Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o anexo, desde já, em me submetendo à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes dos membros do corpo de membros, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação futura à avaliação médica ou à renúncia ao direito de contestação, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima

☐ Solteira

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Graude Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a)

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e apresentarem este comprovante de cliente, assim, ou que eu ou quem em meu nome ou declaração não vier a poder gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a seguinte peça

36 - CPF legível de quem assina a seguinte peça

37 - (\*) Assinatura de quem assina a seguinte peça

38 - 1ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Jataí, PB, 21/02/2020  
Claudea Santana da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

**Rio de Janeiro, 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 indenização do 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: **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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF de vítima:

467.957.744-49

4 - Nome completo da vítima

Claudea Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudea Santana da Silva

6 - CPF: 467.957.744-49

7 - Profissão: Recusou Informar

8 - Endereço: Sítio Agua Fria

9 - Número: SN

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Ave Rural

12 - Cidade: Jataí

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, sob todas as penas de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o anexo, desde já, em me submetendo à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes dos membros do corpo de membros, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação em futura avaliação médica ou de renúncia ao direito de contestação, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima

☐ Solteira

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Graude Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a)

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou nascido(a) menor(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e apresentarem este comprovando o direito de indenização, ou que sua ausência em caso de declaração não viciará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a seguinte peça

36 - CPF legível de quem assina a seguinte peça

37 - (\*) Assinatura de quem assina a seguinte peça

38 - 1ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Jataí, PB, 21/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15592950

Pag. 01873/01874 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA MINERAL ST. AGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATAPARA - FRIA, Estado de(o) PARAIBA, Cep. 58292-000, portador(a) do Rg nº 1.074.705, SSP/PB e CPF nº 467.957.744-49.

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Jose G. Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-71.

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) João Pessoa, 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  
VIEIRA BATISTA

Claudeci Santana da Silva

Outorgante  
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:** 467.957.744-49

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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







## 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



VÁLIDA 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	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SOME-PB	09/11/1965
CASAM N. 31209 FLS. 193 LIV. B-69	
CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB	
CPF	
467.937.744-49	
JOÃO PESSOA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	





PE JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
CC HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA, 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  
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 4

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ]	Aparentemente Bem	[ ]	Grave
FC:	TP:	[ ]	Politraumatizado	[ ]	Convulsao
Peso:	Altura:	[ ]	Hemorragia	[ ]	Dispneia
Glicemia:	IMC:	[ ]	Diarreia	[ ]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ]	Regular	[ ]	Chocado
		[ ]	Vomito		

Queixa Principal: 20:57 # em BEP H Observacao

Paciente com historico de queda de caixa em pi (E). Noq TEE, de  
mao, com o pe de canivete

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BEB, agudo, corado

Apresenta deformidade + fratura patiforme em tornozelo (E)

Diagnostico

#ortopedica

Conduta 1. Analise ortopedica

2. ALTA em BEP

3. Do tornozelo (E)

Prescricao

Horario da Medicacao

Parado em BEP  
de queda de altura com  
trauma e fratura patiforme (E) em  
tornozelo patiforme.

HO: Fr. exposto T12 (E)

CO: Ao bloco Pm HO Cirurgico

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM PB 7373

Daniel R. Cavalcante  
Ortopedista e Traumatologia  
CRM-PR 8248



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IM

*Suelio Moreira Torres*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Claudemir S. Silve.</u>		Data da Admissão: <u>20/09/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>53</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Sexo: F ( ) M ( )		Profissão: _____	
Cor: _____		Estado Civil: _____	
Escolaridade: _____		Religião: _____	
Data de Nascimento: <u>1/1/</u>		_____	
QPD: _____			
HDA: <u>Do edema e deformidade</u> <u>em tornozelo (E) de 3 a 4 me por</u> <u>ar de 1 me</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposu <input checked="" type="checkbox"/> Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] 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 Rios [ ]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 de VNZ (E)

Conduta: \_\_\_\_\_

Internação hospitalar





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cláudio Santiago de Brito</i>				Registro: <i>1111</i>	
Idade: <i>53a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>1111</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Santos</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura fechada com</i>					
<i>fixação externa.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Retirada de fixação</i>					
<i>exostoma da ímola</i>					
<i>cirúrgica + 1 mobilização</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					

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



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. 40

**Posição e Preparo:**

**Incisão:**

**Achados:**

### Conducta:

**Fechamento:**

**OBS:**

Date: 5/7/19

Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatol.  
CASA-PR 1580

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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/815-1075CAWEB/DOCORIGINALASRX?TIPO=13&CODIGO=15635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 5.613/95.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudeci Sontona do Silva

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

do sinistro de DPVAT cobertura Imovel

na Vítima Claudeci Sontona do Silva

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

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 no rescaldo junto à 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. 298 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número: 157

Complemento:

Bairro: Cangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP: 58056-384

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA MINERAL ST. AGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATAPÁ - PR, Estado de(o) PARAIBA, Cep. 58292-000, portador(a) do Rg nº 1.074.705, SSP/PB e CPF nº 467.957.744-49.

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Jose G. Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-71.

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

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  
VIEIRA BATISTA

Claudeci Santana da Silva  
Outorgante  
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:** 467.957.744-49

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

