



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)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO (TERCEIRO INTERESSADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38800 981	27/01/2021 15:28	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38800 986	27/01/2021 15:28	<a href="#"><u>2727735_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02</u></a>	Outros Documentos
38800 988	27/01/2021 15:28	<a href="#"><u>2727735_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282680400000036992659>  
Número do documento: 21012715282680400000036992659

Num. 38800981 - Pág. 1



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15532950

Pag. 01873/01874 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020937



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 1

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, 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](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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do seu NIS ou do ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima	
		467.957.744-49	Claudia Santana da Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:
Claudia Santana da Silve		467.957.744-49		Recuse Informar
8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:
Sítio Agua Fria		SN		Casa
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
Ave Rural		Matarossa		PB
14 - CEP:		15 - Tel. (DDI):		58000-000
16 - E-mail:				
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 minha responsabilidade, que as informações contidas no formulário, são verdadeiras e corretas, conforme comprovação anexa (ANEXAR COPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$5.000,00 <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:				
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para o banco estatuto. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>				
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 3				

**Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro OPAF, a que estiver direito, resarcindo-o das despesas que tiver tido no exercício do direito ao crédito, quaisquer tipo de valor recebido.**

22 - DECLARAÇÃO DE ALSENDA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou imbuído/a/ida de apresentar o laço/a no Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, com base na 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 serviços para fins do Seguro DPVAT; ou.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - ENRICHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 : Estudo  
cívico da vítima  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/naturalizado  Viúvo 24 : Data Co-  
do de vítima:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não 33 - Vítima deixou:  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder Páginas não devolve a indenização integral DPVAT para morte acidente beneficiário que se acidentar durante o período entre 01/01/2012 e 24/06/2012 com 5500 reais ou mais, ou que não tenha sido devidamente coberto, gerando obrigação de ressarcir o valor recebido, alem da responsabilidade da Líder Páginas.

esta condição é estabelecida de forma que o beneficiário não incorra em responsabilidade por não pagamento de impostos de renda, a título de imposto de renda, devido ao fato de que o imposto de renda é de responsabilidade do contribuinte, e não do beneficiário.

34 \_\_\_\_\_  
35. Norma leviante de los asesinos a la ejecución  
36-14 | Número \_\_\_\_\_  
CDE

34 \_\_\_\_\_  
35. Norma leviante de los asistentes a la escuela de la juventud \_\_\_\_\_  
36-14 | Número \_\_\_\_\_  
CPE

---

Atestatura de testemunna

10.1007/s00339-007-0333-0

30 - CPF legível de quem assina a segunda pedida  
39 - 24 Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

33 - CPF legível de quem assina o seu pedido \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*); Assinatura do clero assinou agradece benção

40 - Local = Data, ~~Handelsunternehmen~~ Schrift

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (Se fizer)

2. Asociația de reprezentanțe (se bazează)

43 - Assinatura do Procurador (se tiver)

-PS-511-V002/T-9





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> 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 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. 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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 4



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do seu NIS ou do ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima	
		467.957.744-49	Claudia Santana da Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:
Claudia Santana da Silve		467.957.744-49		Recuse Informar
8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:
Sítio Agua Fria		SN		Casa
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
Ave Rural		Matarossa		PB
14 - CEP:		15 - Tel. (DDI):		58000-000
16 - E-mail:				
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 minha responsabilidade, que as informações contidas no formulário, são verdadeiras e corretas, conforme comprovação anexa (ANEXAR COPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$5.000,00 <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:				
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para o banco estatuto. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>				
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 3				

**Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro OPAF, a que estiver direito, resarcindo-o das despesas que tiver tido no exercício do direito ao crédito, quaisquer seja o valor recebido.**

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou imbuído/a/ida de apresentar o laço/a no Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, com base na 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 serviços para fins do Seguro DPVAT; ou.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - ENRICHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 : Estudo  
cívico da vítima  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/naturalizado  Viúvo 24 : Data Co-  
do de vítima:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  
que filhos?  Vivos  Falecidos 30 - Vítima deixou  
nascituro (Maracanã)?  Sim  Não 31 - Vítima  
feve (mãos)?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  
que irmãos?  Vivos  Falecidos 33 - Vítima deixou  
pais/irmãos vivos?  Sim  Não

Este cliente da marca Segurança Ider pagou pelo device, a menor taxa de juros DPVAT para montar aquela beneficência que se apresentou. Ele é quem está com plena posse do seu aparelho que é de sua propriedade, não tendo de pagar, nem a obrigação de ressarcir o valor recebido, nem se envolvendo com a marca que não é sua, nem com a Ider, nem com a CPT. No Brasil.

34	35 - Nome (ou nome de batismo) assinado e endereço pelo qual 36 - CPF (ou RG) de quem assina a rogató/pedágio	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
37	37 - (*) Assinatura da clérigo assinado e rogató/pedágio	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local Data, Govt. Pimpri Chinchwad - 21/02/2020 5/1

—  
—  
—

42. Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

-PS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 5



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> 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 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. 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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - 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 - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 7

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor R\$ 99,71  
Documento emitido em 24/01/2020  
Número do documento: 21012715282849700000036992664 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 - Insc. Est. 16.215.322-6

## DETALHES DO CONSUMO

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

## CCD - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	VALOR
JAN/2020	15/01/2020	187	22/01/2020	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 ÁGUA FRIA S/N CASA - ÁREA RURAL - MATA RACA / PE - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data 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 58071-680

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

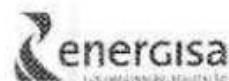


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-íota de culpa.

Bilhete para impressão para envio da nota fiscalizada ou remessa eletrônica. 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 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
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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - 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](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)

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 55

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. <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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI N.º 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 Nascimento

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

do sinistro de DPVAT cobertura

Amoel Bez

na Vítima

Claudaci Sontana do Nascimento

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 resumo 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: Canudos Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: PB CEP: 58056-384  
E-mail: (83) 98663-4900

Local e Data:

Fiuá 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

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

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%: VAT em 2011

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

20:51 # ein berm # Observacao

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

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AC EXA ME

BEB, synco, corado

Aparece desidratação + pontas pretas no tímpano (E)

Diagnóstico

\*ortopedia

Conduta 1. Analise ortopedia

2. ALTA U/2 BEPO

3. Do tímpano (E)

Prescrição

Parante com lesão de queda de altura com fratura a frangosela (E) com ferimento profundo.

Horário da Medicacão

HO: Fr empasto TIZ (E)

CD: Ao bloco Pm Hto Cirurgia

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM PB 7373

Daniel P. Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 9248



Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paula Froninette 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, com dor de trânsito por  
anterior de metade

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**General:** [ ]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



**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 de 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>04</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rosário Sales</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: <i>10:00</i>	T: <i>14:00</i>

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Tumor no fígado com fricção com o fígado externo.</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>Ressecção de fígado</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:

Preparo e aedia  
Retirada de fôrma

Incisão:

ex fôrma -

Achados:

Se infecção  
emulcida +  
que fôrma de  
tipo 86 -

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 5/9/19

Dr. Roberto A. Soares  
Orto - Traumato  
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	
JOÃO PESSOA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	







## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor R\$ 99,71  
Documento emitido em 24/01/2020  
Número do documento: 21012715282849700000036992664 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 - Insc. Est. 16.215.322-6

DETALHES DO CONSUMO  
CLAUDECI SANTANA DA SILVA  
SIT ÁGUA FRIA S/N CASA  
MATA RACA

CCO - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	VALOR
JAN/2020	15/01/2020	187	22/01/2020	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 ÁGUA FRIA S/N CASA - ÁREA RURAL - MATA RACA / PE - CEP 00000-000				
Nota-Número	Nº Documento	data 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				

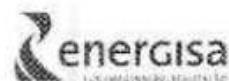


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-íota de culpa.

Bilhete para impressão para envio da nota fiscalizada ou remessa eletrônica. 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 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/01/2020

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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 22



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> 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 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 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. 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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 23



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> 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 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. 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 - 27/01/2021 15:28:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 24



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do(s) RIS(s) do ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima											
		467.957.744-49	Claudia Santana da Silve											
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012														
5 - Nome completo:		6 - CPF:												
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número: 10 - Complemento:										
Recuse Infama		Silve Agua Fria		SN Casa										
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado: 14 - CEP:										
Ave Rural		Matarossa		PB 58000-000										
15 - E-mail:		16 - Tel (DDI):												
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 minha responsabilidade, que sou eu o(a) responsável por fornecer as informações de que fui questionado, conforme comprovação anexa (ANEXAR COPIA).														
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSE INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> RECUSE 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				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSE 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:														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)													
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos estatais. Assinale uma opção)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td>Name do BANCO: Caixa Econômica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos estatais. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Name do BANCO: Caixa Econômica	<input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos estatais. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)													
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Name do BANCO: Caixa Econômica													
<input type="checkbox"/> Itaú (341)														
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)														
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)														
AGÊNCIA:		CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:										
			0037	21.517										

**Autorizo a Seguradora licenciar credito na conta bancaria informada, se minha titularidade, o valor da indenização/reambiente do Seguro DPVAT e/ou o valor da indenização/reambiente do Seguro de Terceiros, forem aprovados.**

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - ENRICHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estudo  
cívico da vítima:  Socorro  Casaco (no Civil)  Divulgação  Segunda/última viagem  Viável. 24 - Data co-  
dato da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou consignante (ou)  Sim  Não 27-28 - A vítima deixou com (parentesco), informar o nome:  Sim  Não  
 28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar  Sim 31 - Vítima  Sim 33 - Vítima deixou  Sim  
 teve filhos?  Não Vívo:  Vivos  Falecidos  Não  Vivos  Falecidos  Vivos  
 30 - Vítima deixou  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim 34 - Vítima deixou  Sim  
 herdeiros?  Não Vívo:  Vivos  Falecidos  Não  Vivos  Falecidos  Vivos  
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará pelo seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se encontrem listados em este comprovante de cliente, exceto os que sua convém em caso de declaração não verídica de modos, gastos, abrigos e de ressarcir o valor recebido, além de

34	_____	38-1º   Nome: _____ CPF: _____
35- Nome legível de quem assina a rogatória pedida	_____	Assinatura do testemunha
36- CPF legível de quem assina a rogatória pedida	_____	39-2º   Nome: _____ CPF: _____
37- (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida	_____	Assinatura do testemunha

6. *Journal of the American Statistical Association* 1980, 75, 338-342.

63 - Assinatura do Representante legal

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101271528284970000036992664>  
Número do documento: 2101271528284970000036992664

Num. 38800986 - Pág. 25

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, 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](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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE				
2 - Nº do Histórico do ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:					
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012							
5 - Nome completo:	Cloudesia Santana da Silveira		6 - CPF:				
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:				
Recuse Informar	Sítio Águas Fria	SN	Sítio				
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:				
Área Rural	Mata Grossa	PB	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 fases de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$2.000,00 <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 BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):							
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente pelo banco central; Anexar uma cópia): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)							
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Caixa Econômica							
AGÊNCIA: 0037      CONTA: 21517      (Informar o dígito de expedição)      (Informar o dígito de expedição)      (Informar o dígito de expedição)							
Autorizo a Seguradora liberar a creditação 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 sempre, 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 imediatamente 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):							
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza serviços para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza serviços com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.							
Pelo motivo acima indicado, solicito o reembolso integral da indenização concedida de "non-ligado ao Seguro DPVAT", por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em sua liberdade, avaliação médica da vítima, da Seguradora, (dever para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes devidamente atestadas, conforme Leis 1149/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa breja a comprovação da existência e da natureza das lesões, nem a sua extensão, respeitando o seu conteúdo).							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/auscultado	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima me deu, com antecedência:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou com parentesco, informar o nome completo:			
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou:	31 - Vítima:	32 - Se tinha irmãos, informar:	33 - Vítima deixou:	
teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	Vivos	nasceu/mais viver?	<input type="checkbox"/> Sim	Vivos	<input type="checkbox"/> Sim	Vivos
Estou ciente de que a Seguradora não paga o óbito devido à imprecisão da Seguro DPVAT, por parte das beneficiárias que se apresentarem e preencherem esta declaração, durante o prazo de 04 dias úteis, ou seja, 04 dias úteis após o dia da declaração não vencida no prazo, gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 199 do Código Penal.							
34	35 - Nome legível de quem assina e fogofia pelo de:			36 - 1º Nome:			
				CPF:			
				Assinatura da testemunha			
				37 - 2º Nome:			
				CPF:			
				Assinatura da testemunha			
	38 - (*) Assinatura de quem assina e fogofia pelo de:						

13. [www.industrydocuments.ucsf.edu/docs/20010303](http://www.industrydocuments.ucsf.edu/docs/20010303)

63 - Assinatura do Passeio (se não ver)

-85- 5714003/27/9



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15532950

Pag. 01873/01874 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020937



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - 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 - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 29

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. ÁGUA.. MINERAL ST. ÁGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATARACÁ - FRÍA, Estado de(o) PARAÍBA, Cep. 58292-880 portador(a) do Rg nº 1.074.905, SSP/ PB e CPF nº 467.957.744-49

**Outorgado:** Alezandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua Agm. R. Fidalgo José G. Duarte 157, bairro Manoel Belo, Município de Joaçaba, Estado de(o) PR, Cep. 58056-334 portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PR 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.

Joaçaba, 04 de fevereiro de 2020

*Claudia Santana da Silva*  
Outorgante  
CPF Nº 467.957.744-49

CARTÓRIO  
VIEIRABATISTA

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](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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 31



## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



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	
JOÃO PESSOA - PB	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	





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

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA Num. de vezes atendido: 4  
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

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
Glicemias:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
Queixa Principal (20:51) # ein berm		[ ] Vomito

Observacao

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

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AC EXA ME

BEB, tímico, corado

Aparece dependente + ponta protuberante no tornozelo (E)

Diagnóstico

\*ortopedia

Parante com lesão

de queda de altura com  
frase e ferimento (E) com  
fimeto protuberante.

HO: Fr empasto TIZ (E)

CD: Aco bloco Pen HTO Cirurgia

Conduta 1. Analise ortopedia

2. ALTA U/2 BEPO

3. Do Tornozelo (E)

Horario da Medicacao

Raquel Bezerra Estrela

Médica

CRM PB 7373

Daniel R. Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PB 9248



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paula 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, com dor de trânsito por  
anterior 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  
[ ]Dispnéia [ ]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 de 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>04</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Rosário Sales</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: <i>~</i> T: <i>~</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Tumor no fígado com fricção com o fígado externo</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>Ressecção de fígado</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:

Preparo e aedia  
Retirada de fôrma

Incisão:

ex fôrma -

Achados:

Se infecção  
emulcida +  
que fôrma de  
tipo 86 -

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 5/9/19

  
Dr. Roberto A. Soares  
Orto - Traumato  
PB 1590

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Coelho, Quarte, S/N, CEP 58056-360, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 41



## 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)

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 55

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. <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 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 Nascimento

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

do sinistro de DPVAT cobertura

Amoel Bez

na Vítima

Claudaci Sontana do Nascimento

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 resumo 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: Canudos Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: PB CEP: 58056-384  
E-mail: (83) 98663-4900

Local e Data:

Fiuá Pessoa - PB

Assinatura da Declarante

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADA, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. ÁGUA.. MINERAL ST. ÁGUA nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATARACÁ - FRÍA, Estado de(o) PARAÍBA, Cep. 58292-880 portador(a) do Rg nº 1.074.905, SSP/ PB e CPF nº 467.957.744-49

**Outorgado:** Alezandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua Agm. R. Fidalgo José G. Duarte 157, bairro Manoel Belo, Município de Joaçaba, Estado de(o) PR, Cep. 58056-334 portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PR 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.

Joaçaba, 04 de fevereiro de 2020

*Claudia 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:** 467.957.744-9

**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](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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282849700000036992664>  
Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 44



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08231136920208152001**

**BRADESCO SEGUROS S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLAUDECI SANTANA DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282993800000036992666>  
Número do documento: 21012715282993800000036992666

Num. 38800988 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715282993800000036992666>  
Número do documento: 21012715282993800000036992666

Num. 38800988 - Pág. 2