



27/01/2021

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)
BRDESCO 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
38800981	27/01/2021 15:28	Petição	Petição
38800986	27/01/2021 15:28	2727735_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
38800988	27/01/2021 15:28	2727735_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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. 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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. 2



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:

4 - Nome completo da vítima

467.957.744-49 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:

Aru Rural

12 - Cidade:

Mataroca

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 trânsito, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação em futura avaliação médica ou 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

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 de forma alguma 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª - Nome

CPF

Assinatura do testemunha

39 - 2ª - Nome

CPF

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data

João Pessoa PB - 21/02/2020
Claudete 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





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**.

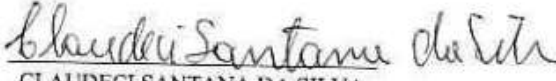
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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





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\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: 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 humano, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação em futura avaliação médica ou 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: ☐ Solteiro ☐ 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 receber o valor devido em caso de declaração não verdadeira, podendo 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 requisição: 36 - CPF legível de quem assina a requisição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição: 38 - 1ª - Nome: CPF: Assinatura do testemunha: 39 - 2ª - Nome: CPF: Assinatura do testemunha:

40 - Local e Data: Jataí, 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 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



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

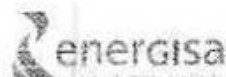


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não fiscalizado para fins de IPTU.

Substituição de pagamento da taxa de consumo 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

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 - 27/01/2021 15:28:29

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

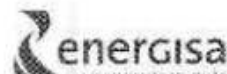
Número do documento: 21012715282849700000036992664

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerimento de crédito.

Bolero para sempre pagando na rede bancária 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

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				



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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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 LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no Art. 298 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número: 157

Complemento:

Bairro: Cangaíba

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 - 27/01/2021 15:28:29

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

Número do documento: 21012715282849700000036992664

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
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 violencia 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, não se pede de lancetante

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME
BEB, seguro, corado
Apresenta dependência + primeira protuberância em torax (E)

Diagnostico

ortopeda

Conduta

1. Analise ortopedica

2. ALTA em BEP

3. Do torax (E)

Prescrição

Parado em BEP
de queda de altura com
trauma e torax (E) em
primeira protuberância

Horario da Medicacao

HO: Fr enfiado T12 (E)

CO: Ao bloco Pm HO Cirurgico

Daniel R. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8248

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373



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. Silva</u>		Data da Admissão: <u>20/08/19</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 em tornozelo e dor de três meses por acidente de moto</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: <input checked="" type="checkbox"/> Dor _____ [] Rigidez pós-reposo <input checked="" type="checkbox"/> Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] 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 Jacinto de F. L.</i>				Registro: <i>1111</i>	
Idade: <i>53a</i>	Sexo: <i>M</i>	Corr: <i>M</i>	Clinica: <i>1111</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Jacinto</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: <i>7h</i>	T: <i>12h</i>
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:

Data:

5/9/19

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 TRÂNSITO
 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

PLACADO
 01051266660

VALIDADE
 14/01/2019

VALIDADE
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS
 894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

Assinatura do Titular

LOCAL
 JUAZ DE FOROS, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Assinatura do Autorizador

66588356744
 99027919595



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

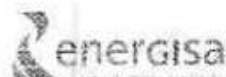


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não fiscalizado para fins de IPTU.

Substituto para fins de pagamento de 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 29.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

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

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 - 27/01/2021 15:28:29

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

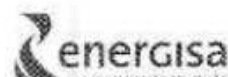
Número do documento: 21012715282849700000036992664

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerimento de crédito.

Bolero para sempre pagando na 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

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				



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



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





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 da 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\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Name 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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no 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 cliente de quem a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e apresentarem este comprovando o direito de receber o valor devido em caso de indenização não vindo de lá 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 petição: 36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte petição: 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897



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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Informamos que o pagamento da 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.

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 da 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\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 A R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.001,00 A R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 A R\$ 11.000,00 ☐ R\$ 11.001,00 A R\$ 12.000,00 ☐ R\$ 12.001,00 A R\$ 13.000,00 ☐ R\$ 13.001,00 A R\$ 14.000,00 ☐ R\$ 14.001,00 A R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 15.001,00 A R\$ 16.000,00 ☐ R\$ 16.001,00 A R\$ 17.000,00 ☐ R\$ 17.001,00 A R\$ 18.000,00 ☐ R\$ 18.001,00 A R\$ 19.000,00 ☐ R\$ 19.001,00 A R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 20.001,00 A R\$ 21.000,00 ☐ R\$ 21.001,00 A R\$ 22.000,00 ☐ R\$ 22.001,00 A R\$ 23.000,00 ☐ R\$ 23.001,00 A R\$ 24.000,00 ☐ R\$ 24.001,00 A R\$ 25.000,00 ☐ R\$ 25.001,00 A R\$ 26.000,00 ☐ R\$ 26.001,00 A R\$ 27.000,00 ☐ R\$ 27.001,00 A R\$ 28.000,00 ☐ R\$ 28.001,00 A R\$ 29.000,00 ☐ R\$ 29.001,00 A R\$ 30.000,00 ☐ R\$ 30.001,00 A R\$ 31.000,00 ☐ R\$ 31.001,00 A R\$ 32.000,00 ☐ R\$ 32.001,00 A R\$ 33.000,00 ☐ R\$ 33.001,00 A R\$ 34.000,00 ☐ R\$ 34.001,00 A R\$ 35.000,00 ☐ R\$ 35.001,00 A R\$ 36.000,00 ☐ R\$ 36.001,00 A R\$ 37.000,00 ☐ R\$ 37.001,00 A R\$ 38.000,00 ☐ R\$ 38.001,00 A R\$ 39.000,00 ☐ R\$ 39.001,00 A R\$ 40.000,00 ☐ R\$ 40.001,00 A R\$ 41.000,00 ☐ R\$ 41.001,00 A R\$ 42.000,00 ☐ R\$ 42.001,00 A R\$ 43.000,00 ☐ R\$ 43.001,00 A R\$ 44.000,00 ☐ R\$ 44.001,00 A R\$ 45.000,00 ☐ R\$ 45.001,00 A R\$ 46.000,00 ☐ R\$ 46.001,00 A R\$ 47.000,00 ☐ R\$ 47.001,00 A R\$ 48.000,00 ☐ R\$ 48.001,00 A R\$ 49.000,00 ☐ R\$ 49.001,00 A R\$ 50.000,00 ☐ R\$ 50.001,00 A R\$ 51.000,00 ☐ R\$ 51.001,00 A R\$ 52.000,00 ☐ R\$ 52.001,00 A R\$ 53.000,00 ☐ R\$ 53.001,00 A R\$ 54.000,00 ☐ R\$ 54.001,00 A R\$ 55.000,00 ☐ R\$ 55.001,00 A R\$ 56.000,00 ☐ R\$ 56.001,00 A R\$ 57.000,00 ☐ R\$ 57.001,00 A R\$ 58.000,00 ☐ R\$ 58.001,00 A R\$ 59.000,00 ☐ R\$ 59.001,00 A R\$ 60.000,00 ☐ R\$ 60.001,00 A R\$ 61.000,00 ☐ R\$ 61.001,00 A R\$ 62.000,00 ☐ R\$ 62.001,00 A R\$ 63.000,00 ☐ R\$ 63.001,00 A R\$ 64.000,00 ☐ R\$ 64.001,00 A R\$ 65.000,00 ☐ R\$ 65.001,00 A R\$ 66.000,00 ☐ R\$ 66.001,00 A R\$ 67.000,00 ☐ R\$ 67.001,00 A R\$ 68.000,00 ☐ R\$ 68.001,00 A R\$ 69.000,00 ☐ R\$ 69.001,00 A R\$ 70.000,00 ☐ R\$ 70.001,00 A R\$ 71.000,00 ☐ R\$ 71.001,00 A R\$ 72.000,00 ☐ R\$ 72.001,00 A R\$ 73.000,00 ☐ R\$ 73.001,00 A R\$ 74.000,00 ☐ R\$ 74.001,00 A R\$ 75.000,00 ☐ R\$ 75.001,00 A R\$ 76.000,00 ☐ R\$ 76.001,00 A R\$ 77.000,00 ☐ R\$ 77.001,00 A R\$ 78.000,00 ☐ R\$ 78.001,00 A R\$ 79.000,00 ☐ R\$ 79.001,00 A R\$ 80.000,00 ☐ R\$ 80.001,00 A R\$ 81.000,00 ☐ R\$ 81.001,00 A R\$ 82.000,00 ☐ R\$ 82.001,00 A R\$ 83.000,00 ☐ R\$ 83.001,00 A R\$ 84.000,00 ☐ R\$ 84.001,00 A R\$ 85.000,00 ☐ R\$ 85.001,00 A R\$ 86.000,00 ☐ R\$ 86.001,00 A R\$ 87.000,00 ☐ R\$ 87.001,00 A R\$ 88.000,00 ☐ R\$ 88.001,00 A R\$ 89.000,00 ☐ R\$ 89.001,00 A R\$ 90.000,00 ☐ R\$ 90.001,00 A R\$ 91.000,00 ☐ R\$ 91.001,00 A R\$ 92.000,00 ☐ R\$ 92.001,00 A R\$ 93.000,00 ☐ R\$ 93.001,00 A R\$ 94.000,00 ☐ R\$ 94.001,00 A R\$ 95.000,00 ☐ R\$ 95.001,00 A R\$ 96.000,00 ☐ R\$ 96.001,00 A R\$ 97.000,00 ☐ R\$ 97.001,00 A R\$ 98.000,00 ☐ R\$ 98.001,00 A R\$ 99.000,00 ☐ R\$ 99.001,00 A R\$ 100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 500.000,00

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: 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.

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):

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no 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, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preta e simples transferência de responsabilidade por indenização ao artigo 799 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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. 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

00020937



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 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 advogado, 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.

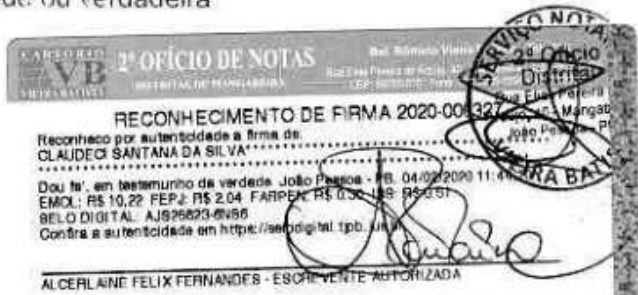
João Pessoa, 04 de fevereiro de 2020

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 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



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 Autorizador

LOCAL
 JUAZ DE FOROS, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Assinatura do Autorizador

66588356744

69027919595

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



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
RUW, 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
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/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 violencia 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). Noque TEE, de
mao, com a perda de consciencia

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME
BEB, agitado, corado
Apresenta deformidade + fratura patológica em tornozelo (E)

Diagnostico

#ortopedica

Conduta

1. Analise ortopedica

2. ALTA em BEP

3. Do tornozelo (E)

Prescricao

Parado em BEP
de queda de altura com
trauma e fratura patológica em
tornozelo patológico.

Horario da Medicacao

MO: Fr enfiado T12 (E)

CO: Ao bloco Pm HTO Cirurgico

Daniel R. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8248

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373



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 três me por</u> <u>ar de te de moto</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: <input checked="" type="checkbox"/> Dor _____ [] Rigidez pós-reposo <input checked="" type="checkbox"/> Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] 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: <i>7</i>	T: <i>12</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura fechada da clavícula direita</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Redução da fratura com fio de Kirsch e placa</i>					
<i>simples + 2 parafusos</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

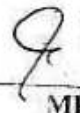


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:28:29

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

Número do documento: 21012715282849700000036992664

Num. 38800986 - Pág. 40

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
Incisão:	Incisão e descolamento da pele da face
Achados:	Leinfra-arquia cunha + galea pericrânica
Conduta:	tipo 8a -
Fechamento:	
OBS:	
Data:	5/9/19
	 Dr. Roberto A. Santos Otorrinolaringologista CRM-PB 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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 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: 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 - 27/01/2021 15:28:29

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

Número do documento: 21012715282849700000036992664

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 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 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





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 Douto 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



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
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