



Número: **0862736-77.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/10/2019**

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
JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34540 268	21/09/2020 11:41	<u>2750530_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190528913 Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

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

Pag. 01297/01298 - carta 15R - INVALIDEZ



Recebedor: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000027192-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190528913 Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14942258



3322 00569/00570 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211141432160000033026021>
Número do documento: 2009211141432160000033026021

Num. 34540268 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 ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

074.770.654-96 Josenilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo: *Josenilson Duarte dos Santos* 6 - CPF: *074.770.654-96*
 7 - Profissão: *Receuso Informar* 8 - Endereço: *Rua Belo Horizonte* 9 - Número: *229* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Jalagundina* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58390-000*
 15 - E-mail:
 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 27192 47

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Última deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deceu nascimento (nascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: *COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A*

Assinatura da testemunha: *12 SET. 2019*

39 - 2º | Nome:

CPF: *PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA*

Assinatura da testemunha

NÃO ALFABETIZADO

40 - Local e Data:

*João Pessoa - PB 11/09/2019
Josenilson Duarte dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

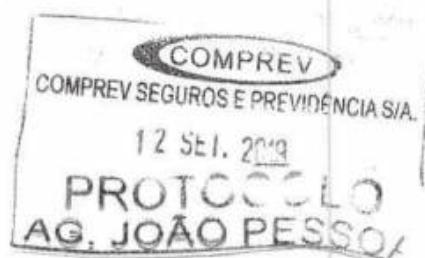
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Num. 34540268 - Pág. 3





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 4

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**

REGI
GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



2ª DSPEC

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09938.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09938.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Josenilson Duarte dos Santos**, CPF nº 074.770.654-96, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Emidia Duarte dos Santos e José Antonio dos Santos, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 23/06/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Belo Horizonte, Nº 229, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Samu., na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 98661-7230.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Jacaré, Alagoinha/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 29/04/19 16:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 29/04/2019 por volta das 16:15 horas quando transitava, pelo Zona Rural do município de Alagoinha-PB; nas proximidades do sítio Jacaré, com o veículo tipo HONDA/POP 110i ano/mod: 2017/2017, de cor vermelha de placa: QFD3252/PB CHASSI: 9C2JB0100HR240510 pertencente ao Sr. JOSEMBERG DOS SANTOS SOARES; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando ao reduzir a marcha o pneu dianteiro travou, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1287/2019, FRATURA DE ESCAFÓIDE + LUXAÇÃO SMILUNA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2019,

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS
Noticiante



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 ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

074.770.654-96 Josenilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo: *Josenilson Duarte dos Santos* 6 - CPF: *074.770.654-96*
 7 - Profissão: *Recepcionista Informar* 8 - Endereço: *Rua Belo Horizonte* 9 - Número: *229* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Jalagundina* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58390-000*
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 27192 47

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Última deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deceu nascimento (vel nascer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

40 - Local e Data,

*João Pessoa - PB 11/09/2019
Josenilson Duarte dos Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF: *COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A*

12 SET. 2019

39 - 2º | Nome:

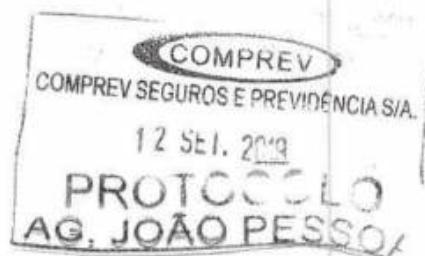
CPF: *PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA*

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 7

OBR: Esta paciente tem 10 dias de alito de
de elevado fôlego no lado direito
de 30/01/19 e o paciente ad-
mitiu que (ficou evitando os
meios de comunicação) fôlego
não é devido a medo de ter
em automóveis agressivos.
foi em comitê de traumas.
Os formadores de opinião
foram informados de possivel fôlego de

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

~~Dr. Rômulo Sarcos da Castro
033.602833 / SP 2833
CPF: 13.033.594-68~~

ENTRENAMIENTO REALIZADO

ANAMNESIS DO PACIENTE

Transferido Desistencia OI
 Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000027192-7

Nr. da Autenticação F70B33824CB29A05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 10



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Único meio para simples pagamento na nota fiscal/carta da energia elétrica - N° 029.864.494



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Iress.Esel.16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

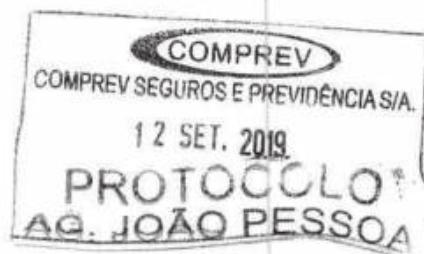
CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440000229271	Nr Documento 001371069201908	Data Vencimento 27/08/2019	Valor do Documento R\$ 138,62	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermidiário (a) do Beneficiário

José miltem Duarte dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.689-96,

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizez da Vítima José miltem Duarte dos Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.654-126, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Giangalbeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDD): (83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB, 12/09/2019

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDRLC01 V001/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 SEI. 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSO/



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 13

Declaração do Proprietário do Veículo

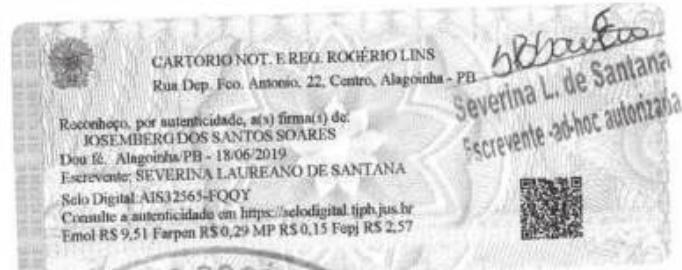
Eu, Joãoemberg dos Santos Soares,
RG nº 3.569.962, data de expedição 30/09/15,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 089.095.414-31 com
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Túlio Barbosa, 218 - Centro, nº 218,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jozemilson Duarte dos Santos, cujo o condutor era
Jozemilson Duarte dos Santos.

Veículo: moto
Modelo: HONDA / Pop 110i
Ano: 2017
Placa: QF D3252
Chassi: 9C2F B0100 HR290510
Data do Acidente: 29-04-19
Local e Data: Alagoinha, 18-06-19

Joãoemberg dos Santos Soares

Assinatura do Declarante

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





CERTIDÃO

Nº. 1287/2019

Atendendo solicitação de **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº225482 e Prontuário N° 2019.04.3529 pertencentes ao paciente **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** que foi atendido dia 29/04/2019 às 17H57min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

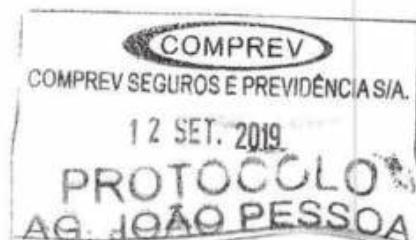
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide + luxação semilunar esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2019. Com alta médica dia 23/05/2019.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Willian Alves da Costa Data da Admissão: 29/04/2019
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: O paciente apresenta leucocitose ac.
HDA: Pulso é lento de 60 a 70 bpm, já foi muito lento e
pouco lento como o paciente que é
ben fisiológico com instabilidade com
frequente, tanto que não consegue
sentir a dor de medico
Medicações em uso: _____
Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 / C.R.P.B 2833
CPF: 181.863.594-08
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Fenre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIASIA
12 SET 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Conduta: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Josen Duvante Dez Santos			Registro:	
Idade:	37	Sexo:	M	Cor:	Clínica:
Data:	20/05/19	Cirurgião:	Tibério Yamashita		
2º Assistente:		3º Assistente:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:			
			EMP:	LR:	
			1º Assistente:	Residuante	
			Instrumentador:		
			Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura aberta transverso períosteal
único exposto

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

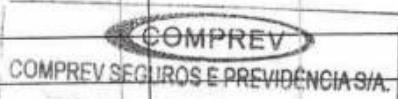
CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Pedêncula aberta + osteosíntese ecolofixação
+ fixação



12 SET. 2019

PROTÓCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>

Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Foi em DOR com bloco do plexo braquial esquerdo
2. Decúbito, anterógrado, colocando rupe e forcetas

Incisão:

3. Incisão dorsal no ponto tipo Mercede
4. Descolar glúteos
5. Abertura capsula articular.

Achados:

6. Fratura fragmentar da polo proximal da escavação da articulação de joelho
7. Luxação do corpo da articulação extensora.

Conduta:

8. Limpar articular
9. Reduzir do corpo + fixar do escáfoides profundo: Hebert. 2.2x24mm cl aquabone do escáfoides
10. Fixação do corpo cl fio K.
11. Suturação glúteos
12. Cirurgia
13. Reabilitação
14. Talo de iliofemoral 25g

Fechamento:

OBS:

Data: 22/05/19

MÉDICO/CRM

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





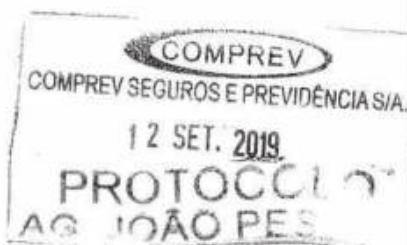
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 37	SEXO MASC	COR	CLÍНИCA	ENF. 02	LEITO 112
DATA DE ADMISSÃO 29/04/2019		DATA DE ALTA 23/05/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA DE ESCAFOÍDE + LUX SEMILUNAR</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx da Mão e punho esquerda demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) fratura de escafóide esquerdo e luxação do semilunar, submetido a tratamento cirúrgico por redução aberta e fixação interna com parafuso de herbt e fio khirchner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. (Dr. TIBERIO)					
MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (Dra. TIBERIO)					
23/05/2019		Dr. Yury Cordeiro Ortopedia e Traumatologia		COMPREV COMPREV SEGUROS E PROTEÇÃO 12 SET. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
DATA				CRMPE: 13207 ASS. MÉDICO / C.R.M	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.					





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.166.582 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/11/2011
NOME JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS			
FILHO DE JOSE ANTONIO DOS SANTOS EMIDIA DUARTE DOS SANTOS			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
ALAGO GRANDE-PB	23/06/1981		
DOC. ORIGEM			
NASC. N. 8207 FLS. 50 LIV. 9			
CARTÓRIO ALAGOINHA/PB			
CPF			
074.770.654-96			
João Pessoa - PB			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528913 Cidade: Alagoinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS Data do acidente: 29/04/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)

ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528913 Cidade: Alagoinha Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS Data do acidente: 29/04/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)

ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: *Josenilson Duarte dos Santos*, brasileiro(a), estado civil *Beltrão*, profissão *autônomo*, residente e domiciliado à Rua *Belo Horizonte*, nº *229*, bairro *Centro*, Município de *Alegreminha*, Estado de(o) *PB*, Cep: *58390-000*, portador(a) do RG nº *3.166.582*, SSP/PB e CPF nº *071.770.654-96*

Outorgado: *Alexandra Góes Duarte*, brasileiro(a), estado civil *Casada*, profissão *advogada*, residente e domiciliado(a) à Rua *Agente Fiscal J. Costa*, nº *157*, bairro *Vila Gávea*, Município de *Joaçaba*, Estado de (o) *PB*, Cep: *58056-384*, portador (a) do RG nº *262.7718*, SSP/ *PB* e CPF nº *096.502.754-74*

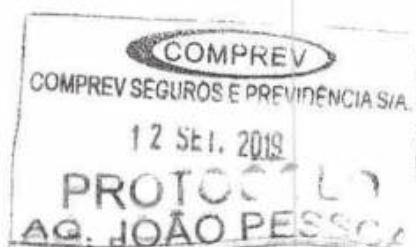
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Josenilson Duarte dos Santos*, ocorrido em *09/09/19*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalido.

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.

Alagoaína, 18, de Junho de 2019.

Josenilson Duarte dos Santos
Outorgante
CPF Nº. *071.770.654-96*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316377/19

Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

CPF: 074.770.654-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS : 074.770.654-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:41:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111414321600000033026021>
Número do documento: 20092111414321600000033026021

Num. 34540268 - Pág. 26