



Número: **0800470-84.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **23/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| MARCA FELICIANO DA SILVA (AUTOR) | FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 34974 661 | 01/10/2020 09:59 | <u>2754342_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, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476747 **Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14705455



Pag. 01575/01576 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476747 **Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|--|---|
| Boletim de ocorrência | Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado. |
| Declaração de Inexistência de IML | Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções. |
| Declaração do Proprietário do Veículo | Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site. |

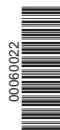
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 14705456

Pag. 00043/00044 - carta_03 - INVALIDEZ



00060022



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 2



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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476747 **Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00269/00270 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15491810



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
075.167.754-01 *Marcia Feliciane de Silve*

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

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------------|
| 5 - Nome completo: | <i>Marcia Feliciane de Silve</i> | 6 - CPF: | 075.167.754-01 |
| 7 - Profissão: | <i>monicure</i> | Endereço: | 11 - Município: |
| 12 - Cidade: | <i>Rua Nilda José Elias Silve</i> | 13 - PB | 14 - CEP: |
| 15 - E-mail: | <i>58308-440</i> | | |
| 9 - Número: 10 - Complemento: | | | |
| 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"/> REUSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *1911*

CONTA: *00058431*

(Informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos: | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos: <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---|---|--|--|---|--|

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

NÃO ALfabETIZADO

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

13 AGO. 2019

40 - Local e Data:

João Pessoa, 19/06/2019
Marcia Feliciane de Silve

Assinatura da testemunha

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

5^a DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX - PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Data e Hora do Registro do B.O: 17/06/2019 ,

Local do fato: Bayeux-PB.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 2.269/2019

NOTICIANTE

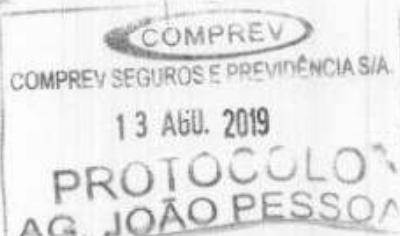
Márcia feliciano da silva , brasileira, natural de João Pessoa, filha de Severino Barbosa da Silva e Creuza Joanita Feliciano, nascida em 25/10/1986, divorciada, manicura, com ensino médio, RG 3.304.045-2^avia/SSP/PB, residente a rua Nildo José Elias da Silva nº 17 A. da B. Vista, Bayeux/PB. (próximo ao campo de Futebol). fone 987423177.

HISTÓRICO DO FATO.

NOTIFICANDO:QUE, por volta das 20h00min., do dia 23/09/2018, quando estava na carona de uma motor, o condutor caiu com a notificante e a mesma fraturou o seu tornozelo direito, na MOTO marca HONDA/NXR160 BROS ESDD ano 2016 de cor vermelha de placa QFX 6427/PB cuhassi 9C2KD0810GR482896, cuja a MOTO estava sendo conduzida por ROMILDO DA SILVA SANTOS, e a referida moto esta no nome de MARILENEDA SILVA SANTOS trafegando próximo a sua residência , bairro do Alto da boa Vista Bayeux-PB, acidentado; QUE, a notificante já referido, no dia 23.09.2018, foi levada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS DE MANGABEIRA, no que foi submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, registra este BO, a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante: Márcia Feliciano da Silva

Assinatura Policial: Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.602-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

075.167.754-01

4 - Nome completo da vítima:

Marcia Feliciane de Silve

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

5 - Nome completo: **Marcia Feliciane de Silve** 6 - CPF: **075.167.754-01**
 7 - Profissão: **monicure** 8 - Endereço: **Rua Nilda José Elias Silve** 9 - Número: **17** 10 - Complemento: **11 - Município: **Ita de Boa Vista** 12 - Cidade: **Bayeux** 13 - PB 14 - FEP: **58308-440**
 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:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1911** CONTA: **00058431** (Informar o dígito se existir)

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 atende 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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALfabETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos: <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (varônecas): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos: <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos: <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível da 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 166642 Attd: Nao Regula
Data: 25/09/2018
Hora: 10:30:43
Recepção: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCIA FELICIANO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 708708167172590 Sexo: F IDENTIDADE: 3304045 Fone: 987423177
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1986 Id: 31 ano(s)

End.: RUA NILDO JOSE ELIAS DA SILVA, 17

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: BAYEUX UF :PB

Mae: CREUZA JOANITA FELICIANO Pai: SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: ESTUDANTE

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987423177 / IDENTIDADE: 3304045

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE CENTRAL DE FRATURAS

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PASSAGEIRA BAYEUX MANHA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

| | | |
|------------|---------|--|
| PA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave |
| FC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Glicemias: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado |
| [] Vomito | | |

Observacao

Queixa Principal

RETERE TRAUMA EM REGIAO DO TORNOZELO D

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Paciente com lesões óssea anatômico referindo dor no Tornozele direito lateral de Tuz. C.D. Sintoma hospital para proceder cirurgia

Diagnóstico: Fratura milho lateral Tornozele direito

Conduta

Prescrição

Horário da medicação
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DATA E HORA | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtd | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-----|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO 030106002-9
030401004-8
030309020-0

MESTRADO DO PACIENTE

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

Moreia Feliciano da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680

CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicílio:

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
13 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

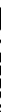
Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o Nº Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>

Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 11



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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Floriana de Siqueira Bomfim,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Morcie Feliciano da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.167.754-01
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Morcia Feliciano da Silveira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.167.754-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

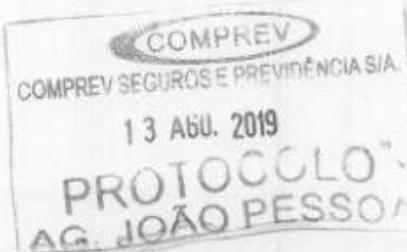
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------|---------|--------------------|--------------|-----------|------|------------------|-------------------|
| Endereço: | <u>Rua da República</u> | Número: | <u>390</u> | Complemento: | | | | |
| Bairro: | <u>Centro</u> | Cidade: | <u>João Pessoa</u> | Estado: | <u>PB</u> | CEP: | <u>58010-180</u> | |
| E-mail: | | | | | | | Tel. (DDD): | <u>48873-0310</u> |

Local e Data:

João Pessoa, 12/08/2019

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 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

Eu, Marilene da Silva Santos,
RG nº 1278602, data de expedição 03/02/2004
Órgão SSP, portador do CPF nº 630.925.224-00,
com domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Maranhão Rondon/10.º Jd. Aeroporto, nº 39,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria Feliciano de Souza, cujo o condutor era
Romildo da Silva Santos
Veículo: QFX 6429 Modelo: BROS Ano: 2016
Placa: QFX 6429 chassi: 9C2KUD08J06R482896
Data do Acidente: 23/09/2018

Local e Data:

Bayeux, 19/07/2019

Marilene da Silva Santos

Assinatura do Declarante



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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARILENE DA SILVA SANTOS
Em test. da verdade, Bayeux-PB 19/07/2019 12:54:27
Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
[2019-006666] JENOL:R\$ 9,91 FARPN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIM94307-LFPB
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CERTIDÃO

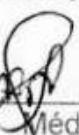
Nº. 0433/2019

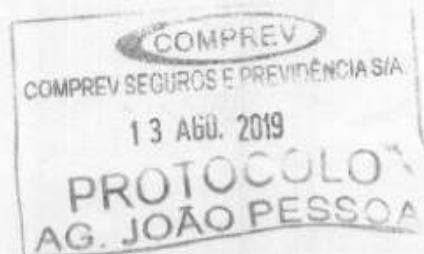
Atendendo solicitação de **MARCIA FELICIANO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 166642 e prontuário nº 2018.09.003578 pertencente ao requerente que foi atendido dia 25/09/2018 às 10H30min vitima de queda de moto.. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidencio fratura do maléolo tornozelo direito. Realizado procedimento ambulatorial imobilização + realização de cirúrgico em 2 tempo com alta médica dia 26/09/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de junho de 2019


Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB.4516
Médica
CRM/PB 4516





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria Felicino da Silva Data da Admissão: / /
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /
QPD: Dor no Tornozelo direito
HDA: Paciente com história de crise
com náuseas referindo dor edema e
inchaços de manutenção do Tornozelo direito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele:
Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repouso []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

*COMPRAZ
13 ABR 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*



| | | | |
|--|-----------|------------|-----------------------------|
| Nome: <i>Márcia Feliciano da Silva</i> | | | Registro: |
| Idade: 31 anos | Sexo: Fem | Cor: Parda | Clinica: Traumatol |
| Data: 25/09/2018 | | | Cirurgião: Alexandre Galvão |
| 1º Assistente: Jorge Augusto | | | 2º Assistente: Felipe (R1) |
| Anestesista: Luis Eduardo Imbelloni | | | Instrumentador: Karinthia |

| | |
|---|--------|
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | CID |
| <i>Fratura do Maléolo Lateral Direito</i> | S82.0 |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | CID |
| <i>O mesmo</i> | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | CÓDIGO |
| <i>Osteossíntese do Tornozelo</i> | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

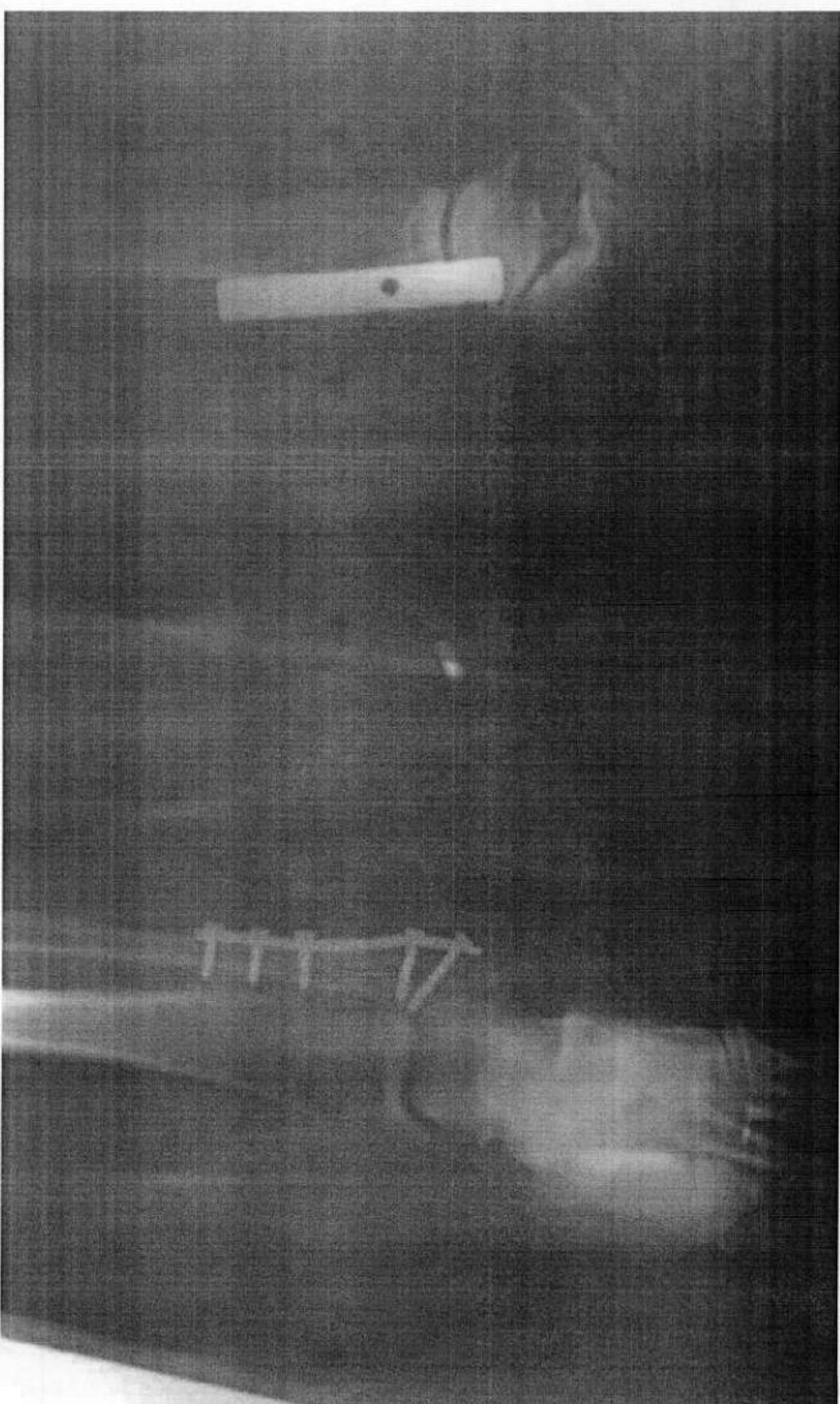
Descreva:

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 18



PROCURAÇÃO

Outorgante: Marcia Feliciano da Silva, brasileiro(a), estado civil divorciada, profissão empreendedora, residente e domiciliado à Rua Nilda José Elias Silveira 17, bairro Alto da Boa Vista, Município de Belo Horizonte, Estado de (o) PB, Cep.: 51020-000, portador(a) do RG nº 3.304.045, SSP/ PB e CPF nº 075.167.754-01

Outorgado: Floriana da Silva Gósmara, brasileiro(a), estado civil sóltice, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58010-000, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69

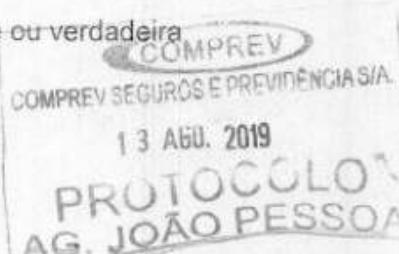
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Marcia Feliciano da Silva ocorrido em 23/09/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

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 14 de 06 de 2019.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MARCIA FELICIANO DA SILVA
Em testemunha, Barreiros-PB 14/06/2019 15:21:47
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto
[2019-005516]EMOL:R\$ 0,91 FARPEH:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1B67379-6V8Z
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Marcia Feliciano da Silva
Outorgante
CPF Nº 075.167.754-01



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276905/19

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

CPF: 075.167.754-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

MARCIA FELICIANO DA SILVA : 075.167.754-01

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: 13/08/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:59:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109595137900000033427865>
Número do documento: 20100109595137900000033427865

Num. 34974661 - Pág. 22