



Número: **0805276-98.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/01/2020**

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	
VALDECI DA PAZ (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35200 032	07/10/2020 10:45	2756294_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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:	22/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDECI DA PAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000113806-0

Nr. da Autenticação A19799AF73C21094



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Filho, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87PARA CONSULTA COM A CAGEPA
ENTRE EM ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

1160850

RECEBIMENTO

DE 22/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VALDECI DA PAZ

RUA DAS VIOLETAS, 148 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083-331

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.030.307.0218.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A01A412962	08/06/2002	EXT LACRILHADO	LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA		
633	633	4	31		09/01/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT./QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.							
NOV/2019	4	30	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
OUT/2019	4	30	TURBIDEZ	268	288	279	
SET/2019	4		CLORO	268	288	288	
AGO/2019	4	60	COL.TERMOT	0	0	0	
JUL/2019	4	60	COR	73	145	139	
JUN/2019	4		COL.TOTAIS	268	288	274	
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: OUT/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/17/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:14:57

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	4 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,31 PIS E COFINS: R\$ 17,741417

VENCIMENTO:	22/12/2019	Total a Pagar:	RS 68,24
-------------	------------	----------------	----------



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:45:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710453099700000033636635>

Número do documento: 20100710453099700000033636635

Num. 35200032 - Pág. 2

energisa

Ligação: MONTEBASCO
 Cliente: COMIT 13/ COMERCIAL - COMERCIAL
 Retiro: 12-5- 30-425 Referência: Nov/ 2019
 Medicor: 00006187521 Emissão: 20/11/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR-230, km 25 - Centro Pederzini - João Pinheiro / PR - CEP 83071-090
 CNPJ 09.098.103/0001-40 - 2nd Est. 15 715-800-4

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº004 020 948
Cód. para Dêb. Automática: 000-90822911

Nov/2019	20/11/2019	19/12/2019	010.942.224-46 Insc. Est.
----------	------------	------------	------------------------------

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura						
21/10/19	5583	20/11/18	8957	1	264			30	
Qtd	Descrição	Quantidade	Preço Unit	Valor Descontado	Ac. ICMS(%)	Base ICMSP	Preço Unit	Quantidade	Valor Descontado
		Totais	Totais	ICMS(%)	ICMS	PerICMS(%)	(R\$)R(%)	(R\$)R(%)	(R\$)R(%)
0601	Consumo em kWh	264,003	0,775660	204,83	204,83	25	51,21	204,89	1,73
0601	Ac. B. v. normal		1,74	1,74	25	0,42	1,74	0,01	0,08
0601	Ac. B. v. simetria		10,39	10,28	25	2,37	10,29	0,02	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTROLE SERVIÇOS PÚBLICA		13,01	3,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL:	229,87	218,99	54,21	218,98	1,82	0,36
Taxa de Tributo:	0,646400						

95 27/11/2019 R\$ 229,87

C	C	B	15	2	0	3	0	0	187	242	249
Nov/13	Dec/13	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18

37b6 1ac7.d42c.85c1.f4a1.472a.dcd2.c816.

[illegible]

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, juros, custos, e suspensões do fornecimento, poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Letras confirmadas

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAGADOR JEAN LEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010 842.224-10

Nosso Nr	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007475-27	00168281201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

08-0000000-7 - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.066.193/0001-40





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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Valdeci da Paz inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.331.248/28
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Valdeci da Paz
inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.331.248/28, 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. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Jse, 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
S-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

09/07/2019 - Psicologia
Realizado atendimento + suporte c


SUELIO MOREIRA TORRES
EXP 13/2958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 06/07/19

Nome: Valdeci da Paz

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: _____

HDA: fx bromafeofar TNE (2)

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: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ 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 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 = _____

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: _____

- fx bimafofa TNE ②

Conduta: _____

- IH
- Vpm

Dr. Luciano Alves de Figueiredo
CRM 10.000/2000

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Nome: VALDECI DA PAZ				Registro:	
Idade: 61a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: 15	LR:
Data: 12/08/2019			Cirurgião: DR BARTOLOMEU		
1º Assistente: KLENIO R1			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Bimaleolar do Tornozelo</i>					<i>S82.6+S82.5</i>
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					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 4 parafusos corticais + 2 para
Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Redução dos fragmentos ósseos
Aposição de 2 parafuso(s) maleolar(es)
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pe

Curativo

Remoção de garrote do MID

Tala bota gessada

OBS: Paciente sem queixas, alta hospitalar em 24h

Data: 12/08/2019

MÉDICO/CRM

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente VALDECI DA PAZ	BAE 1175316	Data/Hora Entrada 06/07/2019 12:54:37	Data Baixa 2019-07-06 15:46:13.0
Data de nascimento 21/11/1957	Idade 61a 7m 15d	Sexo Masculino	CNS 898000507606894
Mãe PAULINA MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 988066005
Endereço DAS VIOLETAS, 148	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	UF PB
Data/Hora Classificação 06/07/2019 13:12:44		Data/Hora Prescrição 06/07/2019 15:46:15	Nº Cons. Regional 11385/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM PE DIREITO. AO EXAME: EGR, SEM DOR A PALPAÇÃO, ADM OK, NEUROVASCULAR OK. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EM FIBULA DISTAL E EM DEDO DO PE DIREITO. CD: ENCAMINHO AO TRAUMINHA PRESCREVO SAT PRESCREVO ANALGESICO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Alta

Usuário JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Data e Hora 06/07/2019 15:46:13
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, RELATANDO DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.REALIZADO RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE FIBULA DISTAL DIREITA EM DEDO DO PE DIREITO. ENCAMINHO AO TRAUMINHA PARA AVALIAÇÃO

VALDECI DA PAZ

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 06/07/2019 12:55:13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 10:45:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710453099700000033636635>

Número do documento: 20100710453099700000033636635



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALDECI DA PAZ				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 61 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.: 10	LEITO: 135
DATA DE ADMISSÃO: 06/07/2019		DATA DE ALTA: 13/08/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do MALTOLO LATERAL E MEDIAL do TORNOZELO</i>				CID S82.6 + S82.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura em maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo LATERAL e MEDIAL, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico redução aberta e fixação interna com placa e parafuso. 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.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo 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 45 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.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina, aine e analgésico.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR BARTOLOMEU)

13/08/2019

DATA

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Medicina e Traumatologia
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
VALDECI DA PAZ



CGC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR

1518428 SSP PB

CPF

011.331.248-28

DATA NASCIMENTO

21/11/1957

FIÇÃO

NAO CONSTA

PAULINA MARIA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

02615116868

VALIDADE

05/05/2022

1ª HABILITAÇÃO

06/06/1983

OBSERVAÇÕES

A

Valdeci da Paz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

08/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

31040010401
PB034437444

PARAÍBA

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1474473844

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474473844



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 SECRETARIA NACIONAL DE REGULAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

REC. ATRIBUIÇÃO / OUT. CATEG. Nº
 2627718 **SEP** **PR**

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1988

PERÍODO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO **ACE** **CELEBRA**
☒ ☒ ☒

Nº VOTO
 01851249660

VALIDADE
 30/03/2019

1ª EMISSÃO
 29/06/2002

VALIDADE EM TODAS
 894056231

CONFIRMAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PR

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Rodolfo Carneiro
 ASSINATURA DO TITULAR

66588356744
 99027810595

PREMIUM PLATEIAR
 894056231



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Valdeci da Paz
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSÃO: Eletricista **Nº DO RG:** 1518428
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 06/06/1983
Nº CPF: 041 331 248 28 **ENDEREÇO:** Rua dos Violetas
148, Bairro dos Industriais, João Pessoa PB

OUTORGADO: Alexandre Cesar Duarte
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSÃO: Advogado **Nº DO RG:** 2627718
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 17/01/2014
Nº CPF: 046.502.754-74 **ENDEREÇO:** Rua Agente Fiscal
João Costa Duarte, 157 Mangabeira

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) Valdeci da Paz, ocorrido em 06/06/1983, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliário.

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.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Valdeci da Paz
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO
2º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Manoel Vitorino, 100 - Taboão
Fone: (066) 3333-1111 - 3333-1111
CEP: 06000-000 - Jorô, 06000-000

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-000566
Reconhecido por autenticidade a firma de
VALDECI DA PAZ
em 06/06/2020 às 10:45:31
Doutor, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 06/06/2020 às 10:45:31
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 IRE: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AJO83446-HWJP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SERGIO RICARDO M MELODINCA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015169/20

Vítima: VALDECI DA PAZ

CPF: 011.331.248-28

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDECI DA PAZ

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

VALDECI DA PAZ : 011.331.248-28

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: 13/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017410 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECI DA PAZ **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 06.

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





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017410

Vítima: VALDECI DA PAZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDECI DA PAZ

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,

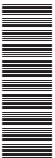
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15361976

Pag. 00669/00670 - carta_01 - INVALIDEZ

00020335





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017410

Vítima: VALDECI DA PAZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDECI DA PAZ

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: **VALDECI DA PAZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **000000113806-0**

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, 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 ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

041.331.248-28

Valdeci da Paz

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

5 - Nome completo:

Valdeci da Paz

6 - CPF:

041.331.248-28

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua das Violetas

9 - Número:

348

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Indústrias

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58083-331

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, 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:

4033

CONTA:

001138060

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 assinale 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.

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 às custas da Seguradora Líder 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nosoluto (valenciano)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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 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 299 do Código Penal.

34 - Assinatura

Assinatura
de quem
assinou
a rgo/a
pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 10/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09610.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09610.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra. A(s) 11:21 horas do dia 22 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Valdeci da Paz**, CPF nº 011.331.248-28, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Paulina Maria da Conceição, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 21/11/1957 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Violetas, Nº 148, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98850-7276.

Dados do(s) Fatos:

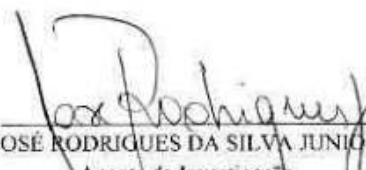
Local: Rua Minervino Rique de Albuquerque, Estação da Chesf, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/07/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/07/2019, POR VOLTA DAS 12:20, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2019, PLACA OGF-3792/PB, CHASSI 9C2KD0810KR119008, REGISTRADA EM NOME DESTA NOTIFICANTE NA RUA MINERVINO RIQUE DE ALBUQUERQUE, COSTA E SILVA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO DESVIAR DE UM VEÍCULO; QUE FOI SOCORRIDO POR VEÍCULO PARTICULAR AO HOSPITAL DE TRAUMA E EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.6 + S82.5 CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. KLENIO F. DA NOBREGA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


VALDECI DA PAZ
Noticiante

Procedimento Policial: 09610.01.2019.1.00.401





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

041.331.248-28

Valdeci da Paz

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

5 - Nome completo:

Valdeci da Paz

6 - CPF:

041.331.248-28

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua das Violetas

9 - Número:

348

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Indústrias

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58083-331

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, 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:

4033

CONTA:

001138060

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 assinale 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 às custas da Seguradora Líder 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nosoluto (valenciano)?

☐ 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 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 299 do Código Penal.

34 - Assinatura

Assinatura
de quem
assinou
a rgo/a
pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 10/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO

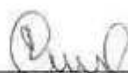
Nº. 1791/2019

Atendendo solicitação de **VALDECI DA PAZ** 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 Nº242636 e Prontuário nº 2019.07.0656 pertencentes ao paciente **VALDECI DA PAZ** que foi atendido dia 06/07/2019 às 17h55min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura bímaleolar lateral e medial do tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2019 com alta médica dia 13/08/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

