



Número: **0808708-22.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37484 084	04/12/2020 13:54	<a href="#"><u>2768997_CONTESTACAO_Anexo_01</u></a>	Outros Documentos



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200347210      Vítima: ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/05/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Rebebedor: ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000047911-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou -SL:

3 - CPF da vítima:

315.026.394-67 Ellison Diogenes Coutinho de Oliveira

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Número:

9 - Complemento:

10 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - CEP:

14 - UF:

15 - E-mail:

Ellison Diogenes Coutinho de Oliveira 315.026.394-67  
Residencial Rio das Extremozas 359  
Changabeira São Paulo (85) 986634900

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  
 SEM INFORMA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (217)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 34187

CONTA: \_\_\_\_\_

[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]

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Em motivo assimilado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contorcendo, desde já, em me submeter à avaliação médica as ci das da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei B. 1947/74, art. 7º, n.º 1, declarando que esta autorização não significa previsão certa/definitiva com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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 o não pagamento desse valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 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,

José Pessoa PB 29/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120413543522000000035764105>  
Número do documento: 20120413543522000000035764105

Num. 37484084 - Pág. 3

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 034425.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 034425.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:48 min do dia 16/06/2020, na Delegacia Online, **ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão LAVADOR, nascido (a) em 18/02/1995, idade 25, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MAURIZA COUTINHO DA SILVA e EDMILTON DE OLIVEIRA TINTINO, CPF 115.026.394-67, residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Extremosas, nº 119, bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58059707, telefone(s) 83986634900. registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 15/05/2020 22:10h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA FUNC PUBL GENE FERREIRA DA SILVA, JOSE AMERICO, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA CG 150 FAN ESI, ANO/MOD 2012/2012, COR PRETA, PLACA NPU 1332/PB, CHASSI 9C2KC1670CR498673, em nome de ALISSON COUTINHO DE OLIVEIRA, CPF de nº 11593958455, quando um veículo avançou a placa PARE, acabou colidindo, caindo ao chão sendo socorrido pelo SAMUor terceiros para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

  
B83F7717D77B743F30EC979DE6477267  
ELLISON DIOGENES COUTINHO DL  
Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





## 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 -SL:

3 - CPF da vítima:

315.026.394-67 Ellison Diogenes Coutinho de Oliveira

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Número:

9 - Complemento:

10 - Bairro:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - Fone:

14 - CEP:

15 - E-mail:

Ellison Diogenes Coutinho de Oliveira 715.026.394-67

Rua das Extremosas 359

Jangadeira São Paulo

(85) 986634900

16 - RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM INFORMAÇÕES

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 34187

CONTA: \_\_\_\_\_

[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]

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Em motivo assimilado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contorcendo, desde já, em me submeter à avaliação médica as ciências da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei B. 1947/74, art. 7º, n.º 1, declarando que esta autorização não significa previsão certa/afirmação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (nascidos)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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 259 do Código Penal.

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

35 - CPF 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:

Yasmin Pessoa PB 29/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120413543522000000035764105>  
Número do documento: 20120413543522000000035764105

Num. 37484084 - Pág. 6

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000047911-9

---

Nr. da Autenticação 44CE6A563779E0B5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120413543522000000035764105>  
Número do documento: 20120413543522000000035764105

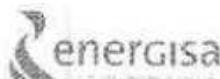
Num. 37484084 - Pág. 7

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segundaria da conta.

Bilhete para pagamento da fatura bimestral de consumo individual N° 945.573.244



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680  
CNPJ 23.115.105 / 001-48 Insc Est. 16.015.543-0

## DADOS DO CLIENTE

EDMILTON DE OLIVEIRA TINTINO  
RUA DAS EXTREMOSAS 119 CASA A  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1830400-6**

### REFERÊNCIA

**JUN/2020**

### APRESENTAÇÃO

**09/06/2020**

### CONSUMO

**151**

### VENCIMENTO

**17/06/2020**

### VALOR TOTAL

**R\$ 126,18**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**CONTA PAGA - Data de Pagamento:** 18/06/2020

Pagador: EDMILTON DE OLIVEIRA TINTINO CNPJ/CPF: 953.293.154-88

RUA DAS EXTREMOSAS 119 CASA A - MANCABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 30000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009390137	0018304002006	17/06/2020	R\$ 126,18	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-680

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



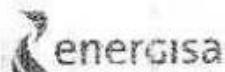
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120413543522000000035764105>

Número do documento: 20120413543522000000035764105

Num. 37484084 - Pág. 8

# BOLETO PARA PAGAMENTO



\*Documento sem valor fiscal.  
Documento não é bimestral da energia.  
Para imprimir pagamento detalhado clique aqui: N° 044.028.249

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
(CNPJ 23.825.183 / 0001-40) - Insc Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62
Acesse: <a href="http://www.energisa.com.br">www.energisa.com.br</a>				
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45 RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 NALT/PA - MARIGABEI - JOAO PESSOA / PB - CEP 58070-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 85

### 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. 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 da 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. <sup>2</sup>CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Ellison Diógenes G. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 415.026.394.67,  
do sinistro de DPVA<sup>1</sup> cobertura Invalidez da Vítima Ellison Diógenes G. de Oliveira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 415.026.394.67, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

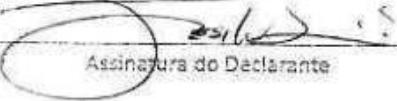
Recuso Informar

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

Enderço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Changabera</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel.(DD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/06/2020

  
Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 25 ANOS	SEXO: M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF: 07	LEITO: 125
DATA DE ADMISSÃO: 15/05/2020		DATA DE ALTA: 23/05/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos ossos da perna direita</i>				CID <i>S82</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos da perna direita, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta com aposição de placa e parafusos. 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(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 **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA:** 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.

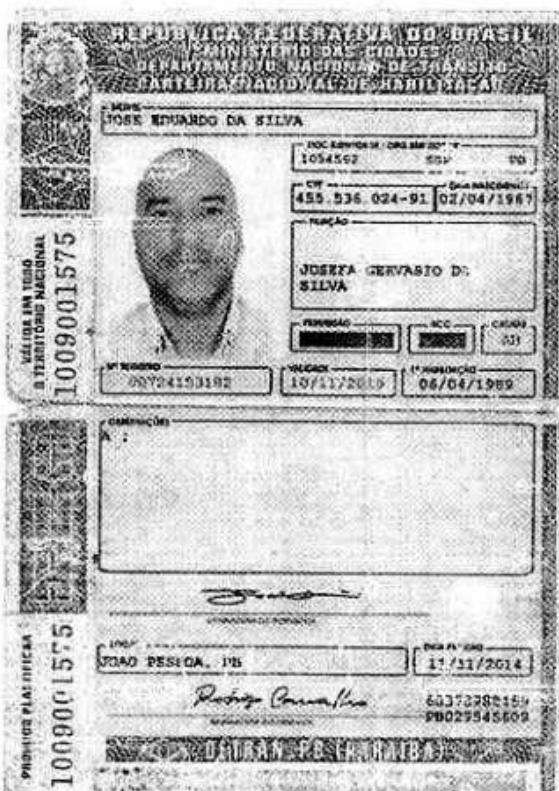
**MEDICAÇÕES PARA CASA:** ATB + alívio + analgésico

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **7** dias para revisão. DR ROBERTO SANTOS

23/05/2020  
DATA

*Desalte Maser*  
CRMEF 20173  
ASS. MÉDICO / CRM





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120413543522000000035764105>  
Número do documento: 20120413543522000000035764105

Num. 37484084 - Pág. 12



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200347210 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA Data do acidente: 15/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna Direita.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 1.

ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200347210 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA Data do acidente: 15/05/2020 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna Direita.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 1.

ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Elliron Diones Coutinho de Oliveira*, brasileiro(a), estado civil *Sposseira*, profissão *Lavador de roupas*, residente e domiciliado à Rua *Das Extremozas*, nº *119*, bairro *Mangabeira*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de(o) *PB*, Cep. *58059-707*, portador(a) do RG nº *4.079.774*, SSP/PB e CPF nº *115.026.394-67*.

**Outorgado:** *José Eduardo da Silva*, brasileiro(a), estado civil *Casado*, profissão *advogado*, residente e domiciliado(a) à Rua *Alfândega Fiscal s/nº*, bairro *Mangabeira*, Municipio de *João Pessoa*, Estado de(o) *PB*, Cep. *58050-384*, portador (a) do RG nº *30521562*, SSP/ PB e CPF nº *455.536.024-91*.

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) *Elliron Diones C. de Oliveira*, ocorrido em *15/05/20*, 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 da Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, assim 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 mandado.

*João Pires*, al. de Junho, de 2020.

*NOTARIO*  
*MIRIBATISTA*

*Elliron Diones Coutinho de Oliveira*  
Outorgante  
CPF Nº *115.026.394-67*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-01870  
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIM DE:

ELLIRON DIOPINES COUTINHO DE OLIVEIRA

Doc. nº, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 08/06/2020 00:12  
EMQ: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARFEN: R\$ 0,35 ISS: R\$ 0,51  
SELO DIGITAL: AJY84206HQM  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.gov.br>



SÉRGIO RICARDO M MENDONÇA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273799/20

**Vítima:** ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVI

**CPF:** 115.026.394-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/05/2020

**Titular do CPF:** ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### ELLISON DIOGENES COUTINHO DE OLIVEIRA : 115.026.394-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 13:54:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012041354352200000035764105>  
Número do documento: 2012041354352200000035764105

Num. 37484084 - Pág. 17