



Número: **0802319-53.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47084555	13/08/2021 14:55	Petição	Petição
47084557	13/08/2021 14:55	2773910_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
47084559	13/08/2021 14:55	2773910_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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 15206801

Pag. 00495/00496 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

Recebedor: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 00000867-2

Conta: 000010013127-1

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 999-32-4413

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: ☒ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 13-127 X 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 (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 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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 305/2018, LIVRO nº 02/2019, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, Gutenberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 26 de Junho do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Estado civil: União estável RG: 7150901 SSP/PE CPF: 060.930.484-46

Sexo: Masculino Nascimento: 06.01.1986 Idade: 33 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: Sim

Filiação: Geraldo Fausto dos Santos e de Hozana Severina dos Santos

Endereço: Rua Vereador José Matias, 415, Cancão, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 07 de junho de 2019, por volta das 23h33min eu estava trafegando em uma motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, de cor vermelha, placa PFV 9804, ano fab. 2013, ano Mod. 2013, CHASSI 9C2KDO550DR120934, registrada em nome de JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO, quando em frente ao açude novo nesta cidade apareceu um animal (cachorro) e ao tentar desviar perdi o equilíbrio da motocicleta e cai; QUE eu fui socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional Deputado José Pereira Lima; QUE devido a queda teve fratura em MID.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos)

Notificante

[Assinatura manuscrita]

[Assinatura manuscrita]
1556801
Agente/Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5A 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (33) 999.32.4413

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 13-127 X 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 (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 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. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO** portador (a) do RG **7150901 SDS-PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JUNHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 01 de julho 2019.


SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat. 019.035

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.isabel@hotmail.com - ouvidoriapmpipb@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradeprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradeprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradeprincesa)



MATERIALS - MEDICAMENTOS

① Volter or na inv

② Sismo scod fr

③ SFO por scod ad ar

01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA Transf 100% e scod majoral

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA (5) Gravemente afetado com o

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

AMARILHOS
CORTE-RO 3386-ENF.

Fut M.T.D!

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO			
☒ 1. PRESCRITA	☒ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ OBITO	☐ INTERNAÇÃO
☒ 2. APLICADA					☐ OUTROS

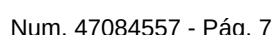
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

[Assinatura]

Medico / C/m / Gns	10846- 111-1111-1111-1111	108515
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		Polígrafo Direto
ASS. REVISOR TÉCNICO - calibração		ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - calibração



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000010013127-1

Nr. da Autenticação D49CFA10D62D820F



Call para Dto. Assistência: 00154622346

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	14/05/2019	12/06/2019	208.369.984-20

Canal de contato

Antes de comprar, consulte o site www.viacna.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Viacna é uma empresa de tecnologia e inovação, com foco em soluções para o setor de energia. A Viacna é uma empresa de tecnologia e inovação, com foco em soluções para o setor de energia.

Pinger

TOTAL A PAGAR
R\$ 150,24

historico de Consumo (kWh)

7711.31e4.6e7-2* 75e3 373e.6e02 e416

NSU REF

Faturas em atraso	
Abr/19	144,82

[illegible]

7º TABELONATO DE NOTAS E REGISTRO DE NOMES
Enilda Eric Alvo Frasso - Tabella Interina
Rua 14, Maracanã, 24, Jd. 22, Cx. Postal, Pôrto Alegre, RS, 91060-000
Fone: (51) 305-5424 E-mail: enilda@net.com

FEMILIA ÉRICA

LEVIATTA & C.
SERVIZIO NOTARIALE E LEGITAL

autenticità e presente copia, riprodotta
in formato. La tecnologia di stampa.

Princesa Isabel-P8 27/Ma/2019-16:38:33

Isabel Valdez - isvaldez@uconn.edu

[2019-06-28] EURLING & SUTHERLAND
SFC DIGITAL: ATR6444-USC

Confira a autenticidade em <https://selofin.org.br>

Num. 47084557 - Pág. 9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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, ROMULO DE SOUSA FERREIRA,

RG nº 1568258 -, data de expedição 18/06/90,

Órgão SSP-PB, CPF nº 839.306.284-34,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA RAFAEL ROSAS</u>
Número	<u>SN</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MAIA</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 999-32-44-13</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: PRINCESA ISABEL-PB, 23-07-2019

Romulo de Sousa Ferreira

Assinatura do Declarante



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 019.630.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 26 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-400
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ
RUA RAFAEL ROSAS S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

05/02/2019

CONSUMO

114

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Roteiro: 03-165-050-9750

83620000000-5 87540054000-6 00298472019-9 02500165019-8

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

MATRÍCULA

29847-2019-02-5





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 822 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 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 6.131/98.

Pelo exposto, eu Rômulo de Sousa Ferraz
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484 - 46
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JOSE EDUARDO DOS S. FAUSTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484 / 46, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda: RECUSOU-SE 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.

Endereço:	<u>Rua: RAFAEL ROSA</u>	Número:	<u>5A</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>MAIA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.755-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(83) 999.32.44.13</u>

Local e Data: PRINCESA ISABEL - PB, 23-07-2019

Rômulo de Sousa Ferraz
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

3 - CNES
2 3 4 8 4 8 9
4 - CNES
2 3 4 8 4 8 9

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
6 - SEXO PRENATAL
7 - SEXO REAL
8 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - NOME DO PACIENTE
JOÃO EDUARDO DOS SANTOS
10 - DATA DE NASCIMENTO
06/01/86
11 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Luciana Soares dos Santos
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
Rua Venâncio Faria, 415
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Pernambuco
15 - UF
PE
16 - CID-10
12.1
17 - CID-10 SECUNDÁRIO
12.1
18 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Tratamento de 12.1

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

12

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

12.1

22 - CID-10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de 12.1

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

01

02

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE (ASSISTENTE)

24/06/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

32 - () ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

33 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

35 - CID-10 (CID-10 PRINC. INTERESTO AUTORIZADO)

36 - CID-10 (CID-10 PRINC. INTERESTO AUTORIZADO)

37 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA:

12

DATA DA INTERNAÇÃO: **24/06/19**

24/06/19



FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 5544 Data 24 / 06 / 2019 Hora 14:03

PACIENTE

Nome Jose Eduardo dos Santos Junior Data de Nascimento 06 / 01 / 86
Sexo m Idade 33 a. Cor preto Estado Civil solteiro
Naturalidade Princesa Isabel PB - Profissão agricultor
Endereço Rua Virador Jose Martins 415
Filiação Glazana Arcine dos Santos
Telefone (83) 9.9924.8370 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 7.150.901
Trazido por -----
Endereço ----- Telefone (-----) -----

OCORRÊNCIA

Local do Acidente ----- Data ----- Hora -----
Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Provisório fract. do tórax

Conduta 1. analg.

Letícia Pereira
Responsável

Dr. Elenore Silva
Cirurgião Geral
CRM 15.122
Rég. 15.0112



**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA****Nº:**

Data: 29.06.2019 Hora: 13.30 73.
Nome: Jose Eduardo dos Santos Taurite
Nome Social: Profissão: agricultor
Nascimento: 06.01.86. Sexo: m. Estado Civil: solteiro
Escolaridade: 4º ano Responsável:
Mãe: Joseana Severina dos Santos Martins 915.
Endereço: Rua Reticular Jose Martins 915.
Bairro: Canaas Município: Princesa Isabel 133/R. 9924.7023.
Cartão SUS: 705.8019.8339.2657 RDCPF: 7.150.901
Raça/Cor: Branca Preta 7 Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

- 2 dias no JTB ①

Tratamento:

→ INJ 200 mg em c/24h
→ SF — 1000 mg 1x/dia
→ SG — 1000 mg 2x/dia

Hipótese Diagnóstica:

Hf no JTB

Carimbo e Assinatura:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Relatório de Operação

Nome do Paciente		Número do Registro	
Clínica		Número do Leito	
Operador			
1º Assistente		2º Assistente	
Instrumentador		Anestesista	
Anestesia		Duração	
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pré-Operatório fent no tra @			
Diagnóstico Pós-Operatório o mm			
Operação Proposta fent			
Operação Realizada			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia
- Assessoria
- Remoção e fixação do plexo U
- Drenagem
- Curativo

Dt. Eberhard Silva
Cirurgião Plástico
CRM 15.142
CBO - 312010-0112





EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Tel. Marinho Pereira, nº 20, Centro, Póvoa da Varzea - PB
Fone: (31) 9675-2040 E-mail: emilia@tpb.pb.gov.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade,
Princesa Isabel-PB 27/06/2012 16:38:81

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2819-862550) EMULIR 2,48 PARFENIR 8,27 FEFJUR 0,38
SELO DIGITAL: A1R86442-657J

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
060.930.484-46

Nome

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Nascimento

06/01/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina
Rua Tel. Marinho Pereira, nº 20, Centro, Póvoa da Varzea - PB
Fone: (31) 9675-2040 E-mail: emilia@tpb.pb.gov.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade,
Princesa Isabel-PB 27/06/2012 16:38:81

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2819-862550) EMULIR 2,48 PARFENIR 8,27 FEFJUR 0,38
SELO DIGITAL: A1R86442-657J

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



CÓDIGO DE CONTROLE

C6C2.FFDE.FA75.27F0

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:38:04 do dia 01/03/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROMULO DE SOUSA FERRAZ

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
1568258 SSP PB

CPF
039.806.284-34

DATA NASCIMENTO
08/11/1973

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUSA FERRAZ
JUANA MARIA FERREIRA
DE SOUSA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03966308453

VALIDADE
25/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
11/08/1994

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
26/02/2015

Assinatura do Emissor

58413068708
F5V89624000

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485805529
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA 527269517 2019
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 060.920.484-46 PLACA EFV9804

RENOVAÇÃO 527269517 2019 2019 2019

VEÍCULO 902X00550DR120924

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANEXO 2013 2013

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485805529 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

CPF/CNPJ 060.920.484-46 PLACA EFV9804

RENOVAÇÃO 527269517 2019 2019 2019

VEÍCULO 902X00550DR120924

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANEXO 2013 2013

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924

VEÍCULO 902X00550DR120924



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683286 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
FAUSTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

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 DEBILIDADE 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 PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 7150903 - SSP-PE
CPF: 060.930.434-34
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA VEREADOR JOSE MATHIAS, CAMPO, P. ISABEL-PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 999.32.44-13

OUTORGADO:

Nome: Rômulo de Sousa Ferra 92
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 1563258 - SSP-PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: RUA RAFAEL ROSAS, SM. MAIA, P. ISABEL-PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 999.32.44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, e quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, e fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato o fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

PRINCESA ISABEL-PB, 23-07-2019

Local e data

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE OBRAS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelão Intima

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) firmada(s) de:
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO
Em testada verdade, Princesa Isabel-PB 27/06/2019 10:28:17
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente
(2019-063795)EMILIA:R\$ 46,91 FAPENIR: 8,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AIT00028-SALV
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438030/19

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

CPF: 060.930.484-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO : 060.930.484-46

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: 06/12/2019
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
CPF: 839.806.284-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo n.º 08023195320208150311

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PRINCESA ISABEL, 11 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:55:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314552537500000044718102>
Número do documento: 21081314552537500000044718102