



Número: **0851400-42.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/10/2020**

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
MAURICELIA DA SILVA SANTOS (AUTOR)	ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37976 103	17/12/2020 13:17	<a href="#">2774289_CONTESTACAO_Anexo_02</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, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200057515**

**Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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,

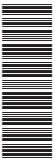
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15477495

Pag. 00277/00278 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030139





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, 21 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200057515**

**Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 10/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

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: **MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000055065-2**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00241/00242 - carta\_30 - INVALIDEZ

00030121



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08  
 Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa  
 Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000  
 E-mail: paula.angela.lins@gmail.com Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 9999 CONTA: 00055065 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.

### 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.

Pela 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: João Pessoa 29/05/2019  
 Nome: Mauricélia da Silva Santos  
 CPF: 050.340.944-08

(\*) Assinatura de quem assina A RDOO

Mauricélia da Silva Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Paula Angela M. Lins  
 CPF: 024.222.114-96  
Paula A. Lins  
 Assinatura

2ª | Nome: Maria das Graças A. Lins  
 CPF: 038.417.414-15  
[Assinatura]  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDOO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

L V001/2018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 010.340.944-08 4 - Nome completo da vítima: MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 010.340.944-08  
7 - Profissão: Ricarda Impresora 8 - Endereço: R. Ricardo LAUREIRO CAVALCOTE 9 - Número: 54 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: SESI 12 - Cidade: PARECIS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (83) 99921-9283

DADOS CADASTRAIS

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 A 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (343)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 55065  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

### 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 (assinilar 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 do 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.

MORTE

### 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 nascituro (pari-passim)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tenha 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ASSINATURADO

34 - Assinatura do segurado: \_\_\_\_\_  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 04.01.2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mauricélia da Silva Santos  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00018.01.2019.1.04.005**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

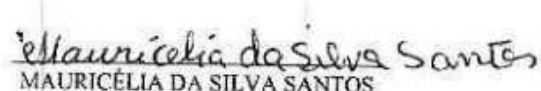
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e do resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL., no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

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.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.

  
JOSENILDO DE LIMA CARDOSO  
Escrivão de Polícia Civil

  
MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS  
Noticiante

Procedimento Policial: 00018.01.2019.1.04.005

1/1





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00018.01.2019.1.04.005**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

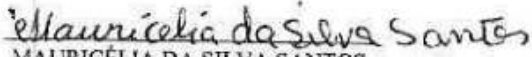
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e do resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL., no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.

  
JOSENILDO DE LIMA CARDOSO  
Escrivão de Polícia Civil

  
MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS  
Noticiante

Procedimento Policial: 00018.01.2019.1.04.005

1/1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08  
 Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa  
 Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000  
 E-mail: paula.angela.lins@gmail.com Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: 9999 CONTA: 00055065 2 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.

**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.

Pela 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**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos:

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.

Local e Data: João Pessoa 29/05/2019  
 Nome: Mauricélia da Silva Santos  
 CPF: 050.340.944-08

(\*) Assinatura de quem assina A RDOO  
Mauricélia da Silva Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
 1ª | Nome: Paula Angela M. Lins  
 CPF: 024.222.114-96  
Paula A. Lins  
 Assinatura

2ª | Nome: Maria das Graças A. Lins  
 CPF: 038.417.414-15  
[Assinatura]  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDOO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

L V001/2018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 050.340.944-08 Nome completo da vítima: Mauricélia da Silva Santos

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

Nome completo: Mauricélia da Silva Santos CPF: 050.340.944-08

Profissão: Faxineira Endereço: Rua Ricardo Leal Número: 54 Complemento: Casa

Bairro: Sesi Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000

E-mail: paula-angela-lins@gmail.com Tel.(DDD): 83 98844-2432

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: 4934 CONTA: 00055065 2 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.

**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. 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

MORTE

Local e Data: João Pessoa 29/05/2019

Nome: Mauricélia da Silva Santos

CPF: 050.340.944-08

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: Paula Ângela M. Lins

CPF: 024.222.174-96

Paula A/Lins

Assinatura

2ª | Nome: Marcia das Graças A. Lins

CPF: 038.417.414-15

Marcia A/Lins

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RDGO

Mauricélia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 010.340.944-08 4 - Nome completo da vítima: MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo: MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS 6 - CPF: 010.340.944-08  
7 - Profissão: Ricarda Impresora 8 - Endereço: R. CARLOS LAUREIRO CAVALCOTE 9 - Número: 54 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: SESI 12 - Cidade: PARECIS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (83) 99921-9283

DADOS CADASTRAIS

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATE 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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (342)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 55065  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

### 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 (assinilar 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 do 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.

MORTE

### 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 nascituro (pari-passim)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tenha 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ASSINATURADO

34 - Assinatura do segurado: \_\_\_\_\_  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 04.01.2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mauricélia da Silva Santos  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
João Pessoa - PB

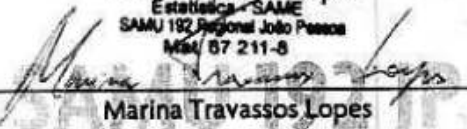
## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes  
Estatística - SAME  
SAMU 192 Regional João Pessoa  
MMA/ 87 211-8

  
Marina Travassos Lopes  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes  
Estatística - SAME  
SAMU 192 Regional João Pessoa  
MMA/ 87 211-8

Marina Travassos Lopes  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



# 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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000055065-2

---

---

Nr. da Autenticação B14629F70CB97D0A



MAURICELIA DA SILVA SANTOS  
 PUA RICHARDO LOUREIRO CAVALEANTE, 54-885  
 FAZENDA DO FEIJO CEP: 52205200-15



Endereço: MOVOFÁSICO  
 C/10 Sôc. RES MTO B11/RESIDENCIAL-BANCA RENDA  
 Floteq 4, 9, 133, 150 Referência: Out/2019  
 Necessidade: 0000852011 Emissão: 09/10/2019

ENERGISA PARCELAS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 B-220 Km 25 - Estrada Residencial do Povoado FE - CEP 52071-830  
 CNPJ: 07.926.760/0001-40 - Ins. Est. 16.015.020-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Defecsa/0032267200  
 Cód. gem Dto. Automático: 001132244-3

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
 O.Jt / 2019 09/10/2019 07/11/2019 010.340.844-08

UC (Unidade Consumidora): 5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
 Condições e a Energisa Condições especiais para amparações e cabos de energia para comodidade e facilidade para você. Fique a par sobre a internet para de luz, com o site internet disponibilizado programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas todo o dia de manhã, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/01/19	11908	09/10/19	12007	
				145
				20

Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Outros	Valor Total
1801	Consumo de 30 kWh-BR	30,000	0,288020	8,640	0,00	8,640
1801	Consumo - 31 a 120 kWh-BR	70,000	0,430390	30,127	0,00	30,127
1801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	49,000	0,894110	43,822	0,00	43,822
1801	Adc. B. Verneha			3,90	0,00	3,90
1801	Adc. B. Amarela			0,50	0,00	0,50
1810	Subsídio			40,29	42,26	82,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:						
1807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			0,00	0,00	0,00
1801	POST-BANCO AMAR RESIDENCIAL ON 2019			-0,00	0,00	-0,00
1200	Devolução Subsídio			-38,95	0,00	-38,95

Cód. Códigos de Classificação do Item TOTAL 85,93 120,33 32,48 120,33 1,00 4,04  
 Tarifa de Trânsito A1430196 0,181710 A1410016 0,311500 A1420016 0,467050

Média Últimos meses (kWh) 182  
**VENCIMENTO 06/11/2019**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 96,63**

Histórico de Consumo (kWh)  
 174 | 184 | 194 | 207 | 121 | 105 | 109 | 155 | 187 | 102 | 153 | 173  
 Du19 | Nov19 | Dez19 | Jan19 | Fev19 | Mar19 | Abr19 | Mai19 | Jun19 | Jul19 | Ago19 | Set19

RESERVADO ADFI03  
 a9a8.2c3e.2a57.e100.c096.d023.cda4.b1de.

Indicadores de Qualidade - 09/2019 - Início				Comparação ao Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
TENSÃO	4,92	0,00	100,00	Demora de Def. de Energia PE	26,50	27,08
TENSÃO	3,87			Consumo de Energia	26,91	27,72
TENSÃO	3,34			Demora de Transferência	3,02	3,15
TENSÃO	2,17			Energia de Reserva	3,06	3,18
TENSÃO	3,25			Demora de Entrega	42,46	44,00
TENSÃO	11,70			Demora de Entrega	5,00	5,20
AT	2,66	0,00		<b>Total</b>	<b>96,71</b>	<b>100,00</b>
TR	12,27					

**ATENÇÃO**  
 REALIZAÇÃO DE VENCIMENTO - Caso não seja efetuado ao lado da concessionária (atendimento) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/11/2019. Conforme Resolução 414 do ANEEL, o pagamento deve ser realizado através de boleto e possivelmente a devolução suspenso do fornecimento, caso o mesmo não seja concluído no prazo. Contas pagas não possuem nenhuma consideração para o cálculo. Caso já tenha efetuado o pagamento das faturas, acima, não considerar essas mensalidades. Fatura inclusa e incluído em anexo de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada como Banca Renda, tendo um desconto de R\$20,00. Leitura confirmada.

**Faturas em atraso**  
 Ago/19 107,43

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
 00190.00009 02624.912008 07204.056175 8 80650000009663  
 F. J. MAURICELIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.340.844-08  
 F. J. RICHARDO LOUREIRO CAVALCANTE - 54-885 - BATELIX/PE CEP: 52071-830

Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
274912-007204056	06/11/2019	R\$ 96,63	

ENERGISA PARCELAS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 07.926.760/0001-40  
 B-220 Km 25 - Estrada Residencial do Povoado FE - CEP 52071-830  
 Fone: 0800-0830196 - 5104-5244/3



MAURICELIA DA SILVA SANTOS  
 PUA RICHARDO LOUREIRO CAVA, CNPTEL 54-885  
 RAYBULO PB CEP 52205204-5 (1)



Endereço: MOVOFÁSICO  
 C/10 Sbc. RES MTC B11/RESIDENCIAL-BANKA RENDA  
 Fone/Fax 4-9-133-1532 Referência: Out/2019  
 Necessidade: 0000852011 Emissão: 09/10/2019

ENERGISA PARABÉIS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 B-220 Km 25 - Estrada Residencial do Pátio 1001 - CEP 52071-830  
 CNPJ 09.742.676/0001-40 - Ins. Est. 16.015.022-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Eletrônica 0032 287 249  
 Cód. gem Dto. Automático: 001132244-3

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
O.Jt / 2019	09/10/2019	07/11/2019	010.340.844-08

UC (Unidade Consumidora): 5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
 Conecte a sua Energia On? O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe a app agora e informe o número de sua conta para receber o pagamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça qualquer dúvida no palma de mão, sem fios e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/10/19	11908	09/10/19	12007	
				145
				20

Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa(s)	Valor Base	Outros	Valor Total
				(R\$)	(R\$)	(R\$)
1801	Consumo de 30 kWh-BR	30,000	0,288020	8,640	0,00	8,640
1801	Consumo - 31 a 120 kWh-BR	70,000	0,430390	30,127	0,00	30,127
1801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	49,000	0,894110	43,812	0,00	43,812
1801	Adc. B. Verneha			3,90	0,00	3,90
1801	Adc. B. Amarela			0,50	0,00	0,50
1810	Subsídio			40,29	42,26	82,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:						
1807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			5,35	0,00	5,35
1801	POST-BANCAMAR RESIDENCIAL ON 2019			-0,00	0,00	-0,00
1200	Devolução Subsídio			-38,95	0,00	-38,95

Cód. Códigos de Classificação do Item: TOTAL 85,93 120,33 32,48 120,33 1,00 4,94  
 Tarifa de Trovões A1430196: 0,181710 A1410016: 0,311500 A1420016: 0,467050

Média Últimos meses (kWh): 182  
**VENCIMENTO 06/11/2019**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 96,63**

Histórico de Consumo (kWh)  
 174 | 184 | 194 | 207 | 121 | 105 | 109 | 155 | 187 | 102 | 153 | 173  
 Du19 | Nov19 | Dez19 | Jan19 | Fev19 | Mar19 | Abr19 | Mai19 | Jun19 | Jul19 | Ago19 | Set19

RESERVADO ADF103  
 a9a8.2c3e.2a57.e100.c096.d023.cda4.b1de.

Indicadores de Qualidade - 09/2019 - Ins. e Sbc			Comparação ao Consumo			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
TENSÃO	4,92	0,00	100,00	Demora de Def. de Energia PF	26,50	27,08
TENSÃO	3,87			Consumo de Energia	28,91	29,72
TENSÃO	3,34			Demora de Atendimento	3,02	3,15
TENSÃO	2,17			Energia Desperdiçada	3,06	3,16
TENSÃO	3,25			Recursos em Falha e Choques	42,45	44,00
TENSÃO	11,70			Outros Serviços	5,00	5,20
AT. E	2,66	0,00		<b>Total</b>	<b>96,71</b>	<b>100,00</b>
TR	12,27					

**ATENÇÃO**  
 REALIZAÇÃO DE VENCIMENTO - Caso haja fatura(s) em falta, recomendamos a regularização em atraso, e fornecendo poderes de representação a partir de 04/10/2019. Conforme Resolução 414 do ANEEL, o consumidor possui prazo de 90 dias para regularizar a situação e a dívida suscitada do fornecimento, caso o mesmo não seja regularizado as contas podem estar em uma situação de inadimplência. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, recomendamos essa mensuração. Fatura inclusa e incluído em ações de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada como Banca Renda, tendo um desconto de R\$20,00. Leitura confirmada.

**Faturas em atraso Ago/19 107,43**

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
 00190.00009 02624.912008 07204.056175 8 80650000009663

F. J. MAURICELIA DA SILVA SANTOS - CPF/CNPJ 518.340.844-08  
 F. J. RICHARDO LOUREIRO CAVALCANTE 54-885 - RAYBULO PB CEP 52205204-5

Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
274912-007204056	06/11/2019	R\$ 96,63	

ENERGISA PARABÉIS - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.742.676/0001-40  
 B-220 Km 25 - Estrada Residencial do Pátio 1001 - CEP 52071-830  
 Fone/Fax: 4-9-133-1532 Referência: Out/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha: 268708 Data: 09/10/2019 07:35:37  
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNANDES  
Clinica: AMBULATORIO  
Regulado: Nao Qtd. Atd.: 7  
Atendimento: CIRURGIA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Prontuario: 2019.05.001108

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS Nome Social: NAO INFORMADO  
Mae: NARIA DAS GRACAS DA SILVA Pai: MOACIR RIBEIRO DA SILVA  
Data Nasc.: 17/04/1977 42 ano(s) Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefone: 988442432  
CNS: 702108743734790 CPF: NAO INFORMADO Documento: IDENTIDADE: 2659895  
Ocupação: DIARISTA Natural: RECIFE-PE  
End.: RUA RICARDO LEAL, 54,  
Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB  
Procedencia: RESIDENCIA Profissional:  
Resp.: MAURICELIA DA SILVA SANTOS Tel.: 988442432 IDENTIDADE: 2659895

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

ANTECEDENTES:

ALERGIA [ ]

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: [ ]

COM PONTOS: [ ]

TROCA DE SONDA: [ ]

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

*Jose Carlos da Silva*

ASSINATURA DO PACIENTE

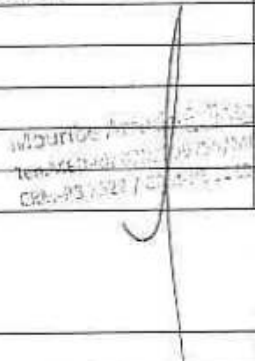
ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)







Nome: Mauricelia da Silva Santos				Registro:	
Idade: 42	Sexo: F	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 09/10/2019			Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>MOURIBE</i>			2º Assistente:		
Anestesista: Dr Andre			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura de Tibia E</i>					<i>S82.2</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo + Falha de material de sintese</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Tratamento cirúrgico fratura de Tibia D</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					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em longitudinal em região de perna E

Achados:

Visualização fratura da tíbia com presença de placa quebrada

Conduta:

Realizada desbridamento de tecidos devitalizados em tíbia E

Realização de limpeza em foco distal e proximal dam fratura

Aposição de placa e PARAFUSO CORTICAL

Aposição de ESPONJOSO

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

TALA BOTA

BPP

OBS:

MOUNIC  
10/12/2019 13:17:34  
CUR:PB 1211/2019.01.11

Data: 09 / 10 / 2019

MÉDICO/CRM

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





POLICLINICA | NOSSA SENHORA  
**APARECIDA**

CNPJ: 27.451.002/0001-53

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

## ATESTADO MÉDICO

Paciente apresenta os Cid 10: T93.2 x M19.1 x M21.7, no 1/3 distal da perna direita com osteossíntese na tíbia, dor, claudicação, edema de estase, encurtamento do membro citado, pós acidente motociclístico, deambula com amparo de mão, interferindo diretamente em sua laboralidade.

Santa Rita 14/01/2020

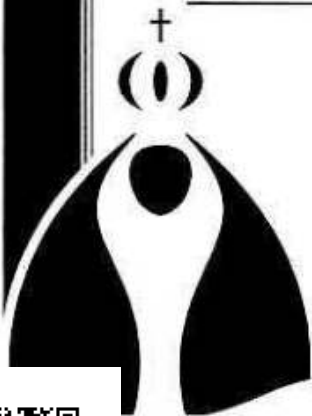
*Djalma Bento F. Júnior  
CRM - PB 3874*

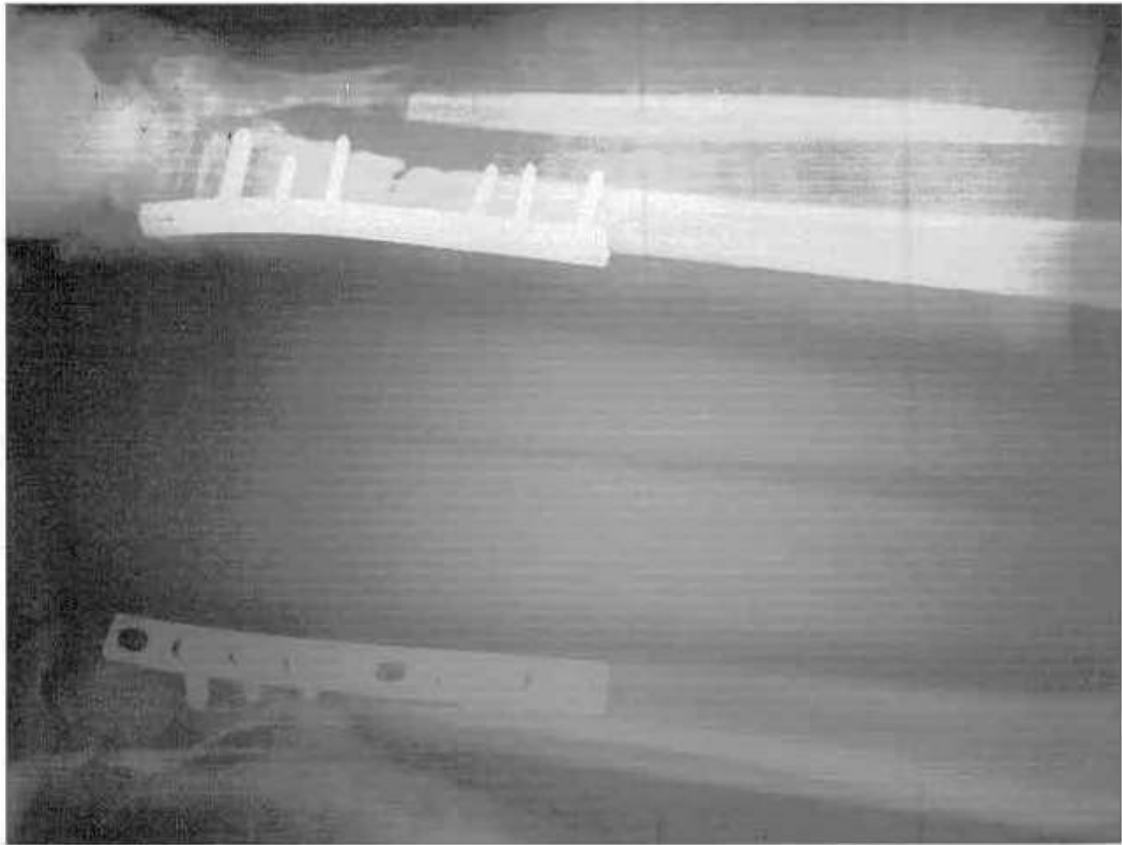
Djalma Bento F. Júnior

CRM 3874

(83) 3032.2331 | 98605.6016

PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 68 - CENTRO, SANTA RITA - PB





NPS: 02.205.368/0001-92 DROGMAX MEDICAMENTOS & PERFUMARIA LTDA  
 - EPP  
 AVENIDA LIBERDAD, 3261 CENTRO BAYeux-PB 58306-001  
 Fone: (83)3232-3000 I.E.: 16116506-8  
 Documento Auxiliar de Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
**EMITIDA EM CONTINGÊNCIA**  
 Pendente de autorização

#	Código	Descrição	Ude	Un	Valor unit.	Valor total
001	15553	CIFROFLOXACINO 500MG C/14 CPR			+50	
2		CX	X 11,98			23,96
BC FCP: 0,00   wFCP: 0,00						
002	4267	MASOLIO 402MG C/10 CPR				
1		CX	X 30,83			30,83
BC FCP: 0,00   wFCP: 0,00						
003	12346	DIFENHINA SODICA 500MG ENV. C/10 CPR			+P02	
3		UN	X 3,16			9,48
BC FCP: 0,00   wFCP: 0,00						
Qtde. Total de Itens						003
Valor Total R\$						64,27
Descontos						-0,27
<b>Valor a Pagar R\$</b>						<b>64,00</b>
Forma de Pagamento						VALOR PAGO R\$
Simbólica						70,00
Troco R\$						6,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfca/consulta>  
 2519 0502 2053 8800 0190 6500 6000 2748 5190 2677 3183  
**CONSUMIDOR - CPF 010.340.944-08**  
 MAURICELIA DA SILVA SANTOS  
 RUA RICARDO LEAL 54 S/N Bairro Cidade PB

NFC-e nº 000274651 Série 006 16/05/2019 16:12:38 Via Empresa

**EMITIDA EM CONTINGÊNCIA**  
 Pendente de autorização



PH01595808 BAL: Kennedy Pereira CX: Uballacy Guilherme dos Sant  
 os TOR:02  
 FormasPaga: (Dinheiro: 70,00) (Troco: 6,00)  
 FacFacil Tecnologia Ltda





P/ MAURICELIA DA SILVA SANTOS

R

*Uso Oral*

1) CIPROFLOXACINO (500mg) ----- 2 CX  
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por  
(10) dias.

2) MAXSULID (400mg) ----- 01 CX

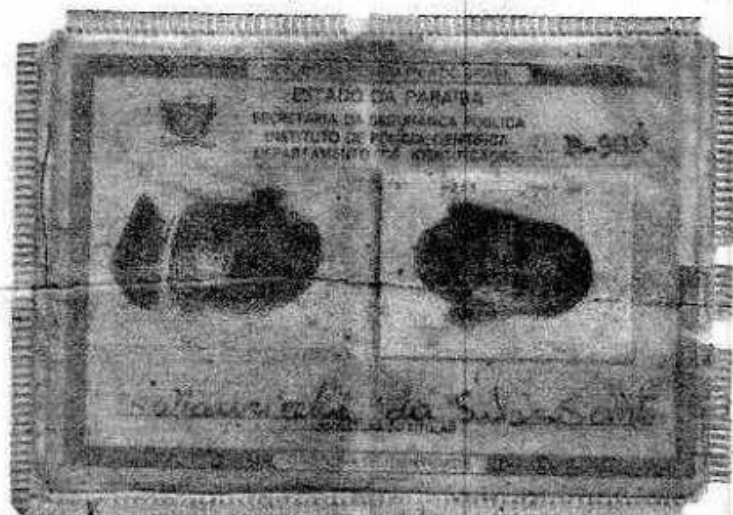
Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, se dores

16/05/2019

*Dr. Valdeban Carvalho Jr.*  
Médico - CRM 7892  
CNS 20634699980018

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





**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Mauricélia da Silva Santos

Loc. Nasc. Belém Est. SE Data 17.04.77

Filiação João de Deus da Silva

Maria dos Anjos da Silva

Doc. n.º 0205.7.596 FIS. 246 L.V. 3-21

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... Estado.....

Obs.....

Data Emissão 22.05.99 DRT.....

Maria Sison de Oliveira Assinatura do Emitente



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

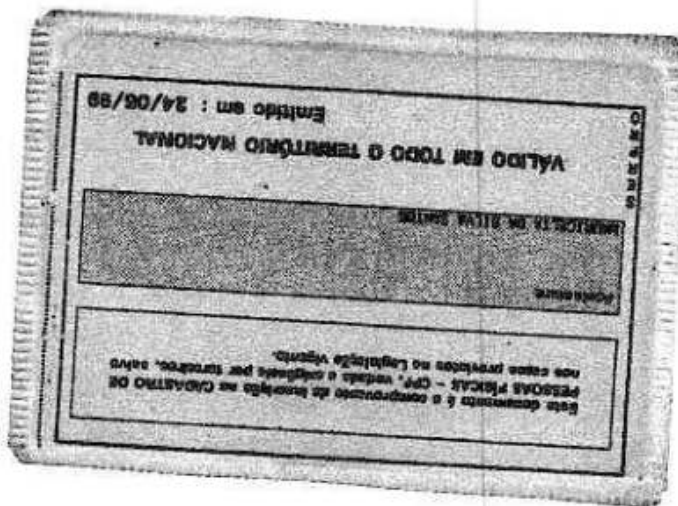
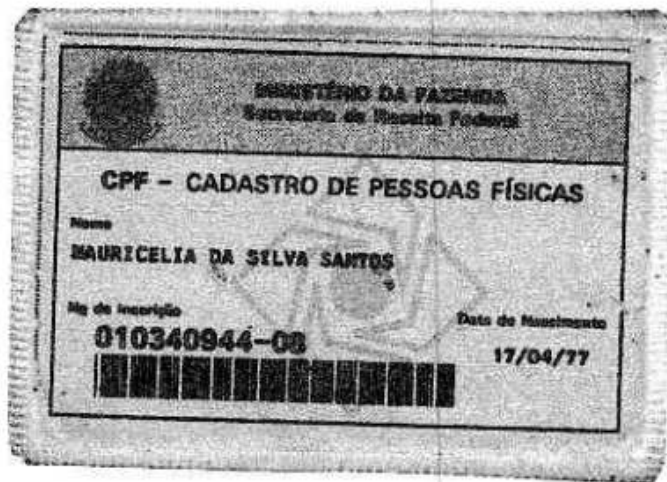
Número 03.680 Série 00094 PB

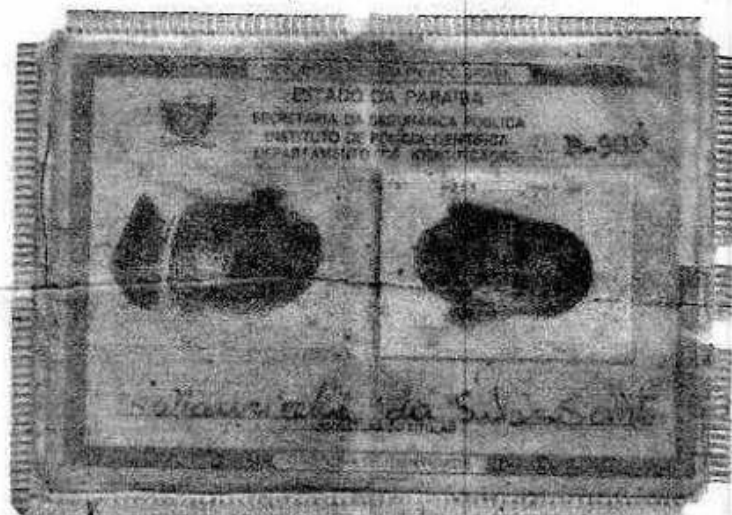
Mauricélia da Silva Santos  
ASSINATURA DO PORTADOR











**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Mauricélia da Silva Santos

---

Loc. Nasc. Belém Est. SE Data 17.04.77

Filiação João de Deus da Silva

Maria dos Anjos da Silva

Doc. n.º 0205.7.596 FIS. 246 L.V. B-21

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em..... Estado.....

Obs.....

Data Emissão 22.05.99 DRT.....

Maria Sísione de Oliveira Assinatura do Emitente



**MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO


**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Numero 03.680 Série 00094 PB

Mauricélia da Silva Santos  
ASSINATURA DO PORTADOR





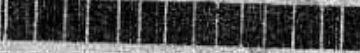

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
 Secretaria de Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

Nº de inscrição  
**010340944-08**

Data de Nascimento  
**17/04/77**



**VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 Emitido em : 24/06/99

MAURICELIA DA SILVA SANTOS  
 Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e validado por sistema, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA**

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

1 0045755019-2 2019  
 000000000000 2019

MOACIR RIBEIRO DA SILVA

34917481472  
 NOVO PE 902RDX50CR568274

PLACA ANTAZ  
 NOVO PE 902RDX50CR568274

CLASSI  
 902RDX50CR568274

PAE/MOTOCICLETA/HIAO AVULSO  
 2012/2012

HONDA/MAR150 BR05 ES  
 2012/2012

CAP/MOTOCICL  
 2 E/149 /CI

CATEGORIA  
 PARTIC

COM PREDOMINANTE  
 PRETA

VENO/COINS  
 1º 2º 3º

1 P  
 2 V  
 3 A

PREMIO TARIFARIO (R\$) - ICF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 \*\*\*\*\* SEGURO E A G O 11/07/2019

SEMI RESERVA DE COBERTURA

41999 LOCAL  
 23/07/2019 40885

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014656604495 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
 www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 922 1204

1 34917481472 (placa) DATA EMISSÃO 23/07/2019

00807550192 (placa) MARCA/MODELO HONDA/MAR150 BR05 ES

ANO FAB 2012 (placa) 902RDX50CR568274

PREMIO TARIFARIO  
 PMS (R\$) - DPVAT (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) - ICF (R\$) - SEGURO E A G O  
 \*\*\*\*\*

PAGAMENTO  PARCELADO  DATA DE OUTRGAO 11/07/2019

COTA UNICA

**SEGURODORA LIDER - DPVAT**  
 CNPJ Nº 09.249.000/0001-04  
 40885-1317119-20190729



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200057515 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICELIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PARAFUSOS CORTICAIS) E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047026/20

**Vítima:** MAURICELIA DA SILVA SANTOS

**CPF:** 010.340.944-08

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 10/05/2019

**Titular do CPF:** MAURICELIA DA SILVA SANTOS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**MAURICELIA DA SILVA SANTOS : 010.340.944-08**

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: 04/02/2020  
Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS  
CPF: 010.340.944-08

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

