



Número: **0807245-45.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDGLEY DE ANDRADE SANTOS (AUTOR)	NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38493 553	18/01/2021 21:10	<u>2778237_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200239304 **Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS**

Data do Acidente: 11/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15918756

Pag. 01467/01468 - carta_01 - INVALIDEZ



00010734





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200239304 Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002441-4

Conta: 000010021057-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200239304 Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00885/00886 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16043450



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - IN do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
007-868-314-99 Edgley de Andrade Santos

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edgley de Andrade Santos	007-868-314-99		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
serviço geral	R. Arnólio Campelo	80	APT 003/BL 5
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
gramame	Jano Pessoa	PB	58067-207
15 - E-mail:		16 - Telefones:	83-99921-9283

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:

Declare, 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\$1.00 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 POUPOANÇA (Sistema para os bancos abaixo. Atende uma opção)
 Bradesco (037) Itaú (041) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (006) Nome do BANCO: _____
 AGENCIA: 2442 | 4 CONTA: 21057 | 9
 (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 os parâmetros de 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou neto(na)filho(na): Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Este cláusula de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Luís, 22.06.2020
 * Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0021 - 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ALEX GOMES MENDES				Posto/Graduação: CB/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro			Município:	UF
Rua Francisco Porfirio Ribeiro	17:40	Mangabeira			João Pessoa	PB
Data da Ocorrência 11/01/2020	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com 01	Tipo de Acidente Atropelamento	Tipo de pavimento Asfalto		Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo			Controle do trânsito Pista Simples		

PEDESTRE

Nome Edgley de Andrade Santos		Sexo Masculino	Nascimento 30/11/1978	RG 1847749			
Endereço Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB – Tel.(083)98784-7385							
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Socorrido ao Ortotrauma					

VERSÃO DO PEDESTRE

Condutor declarou que: Encontrava-se de frente ao "PR" quando o VI atingiu-o, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 01

Nome João Teixeira de Matos		Sexo Masculino	Nascimento 22/07/1961	RG 701503			
Endereço							
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(1,24mg/l)		Destino do Condutor Permaneceu no local					

VEÍCULO 02

Marca/Modelo GM/Corsa	Espécie Automóvel	Placa IKG - 8690	Categoria Particular	Município Novo Hamburgo	U.F. RS
Nome do Proprietário					
Seguradora DPVAT	Bilhete N°	Renavan N°			Data da Emissão

Condições do Veículo Antes do Acidente
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: *[Signature]*

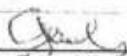


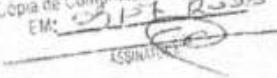
CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° /2020				
VÍTIMA 01				
Nome Edgley de Andrade Santos	Sexo Masculino	Nascimento 30/11/1978	Viajava no Veículo N°	
Endereço Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB – Tel.(083)98784-7385				
Condição da Vítima Pedestre	Conduzida Para Hospital Ortotrauma	Usava Cinto	Usava Capacete	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: No sitio do acidente, ocorreu na faixa direita da via A no sentido Valentina/Mangabeira, não há marcas de frenagem e ou derrapagem, não foi possível arrolar testemunhas no local. O pedestre sofreu escoriações no pé esquerdo sendo socorrido ao Ortotrauma pela AR 56 do Corpo de Bombeiros, responsável CB Melo Mat. 522.178-1, C1 nada sofreu e submeteu-se ao teste de alcoolemia do alco-sensor IV de série nº e teste nº1379 cujo resultado foi 1,24mg/l, sendo dada voz de prisão pela Ten. Debora de Mat. 528.613-1 que encaminhou o acusado para os procedimentos legais na Central de Flagrantes. V1 removido ao BPTran para complemento de laudo, como também lavrado os Ait's pelos Art. 165, 162 I e 230 V do CTB para o C1.

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.


Alex Gomes Mendes – Cb/PM
Responsável pelo Levantamento

BALANÇO DE TRÂNSITO LARSEN E RUPPENBERG
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 01/01/2021
Assinatura: 





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0021/2020

DANOS NO V1																				
Marca/Modelo: GM/CORSA		Placa: IKG - 8690			Responsável pelo Preenchimento: CB ALEX			Data: 11/01/2020												
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE																				
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE																				
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça				Avaliação										
01	Painel corta-fogo	X			12	Longarina traseira esquerda				Sim	X									
02	Longarina dianteira esquerda	X			13	Assoalho porta malas ou caçamba				Não	X									
03	Caixa de roda dianteira esquerda	X			14	Longarina traseira direita				NA	X									
04	Estrutura da soleira esquerda	X			15	Caixa de roda traseira direita				NA	X									
05	Air Bags frontais	X			16	Estrutura da coluna traseira direita				NA	X									
06	Air Bags laterais	X			17	Estrutura da soleira direita				NA	X									
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X			18	Estrutura da coluna central direita				NA	X									
08	Estrutura da coluna central esquerda	X			19	Estrutura da coluna dianteira direita				NA	X									
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	X			20	Assoalho central direito				NA	X									
10	Caixa de roda traseira esquerda	X			21	Caixa de roda dianteira direita				NA	X									
11	Assoalho central esquerdo	X			22	Longarina dianteira direita				NA	X									
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA								Total Geral (Sim + NA)	00											

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

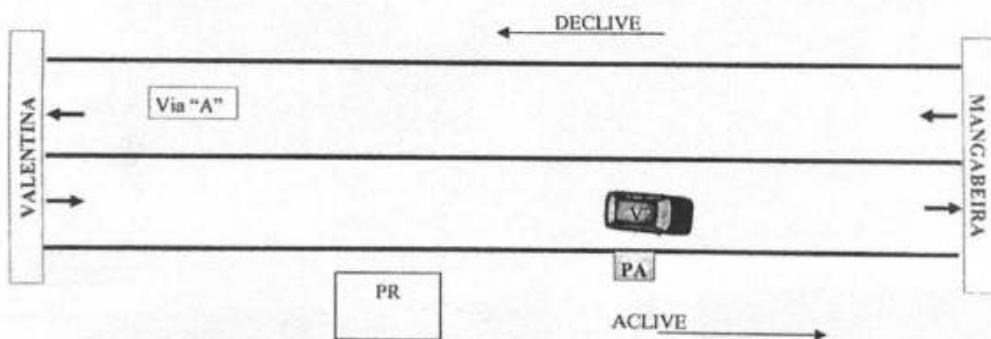
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Lepis se Coletivizado com o original
EM: 01/01/2020
Assinado por: [Signature]

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.

Alex Gomes Mendes - Cb/PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



 <p>POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II) BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</p> 	
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0021/ 2020	
FOTOS DO V1	
FRENTE (VI)	TRASEIRA (VI)
	
LATERAL DIREITA (VI)	LATERAL ESQUERDA (VI)
	

Gil
 Alex Gomes Mendes Cb PM
 Responsável pelo Levantamento

2021-01-12 20:00:00
 Data de Confeção do Documento
 2021-01-12 20:00:00
 Data de Envio

2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101182110004870000036706349>
Número do documento: 2101182110004870000036706349

Núm. 38493553 - Pág. 10

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: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02441-4

CONTA: 000010021057-0

Nr. da Autenticação A2B85C6F0B2B3353



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 11



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Câncio, 220 - Jardim do Japão - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS
KLAYTON ROCHA DO NASCIMENTO
R: ARNALDO CAMPELO, 80 - AP003/B1.D - GRAMAME JOÃO

PÁGINA CONTINUA NO
INVERSO DA ESTA FOLHA
Nº DA FICHAULA

70102333
REFERÊNCIA
JAN/2020

Inscrição 001.093.650-0242.003 **SMI** 003 **Quantidade de Economias**

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação	Água	Esgoto	Responsável
Y11X159165	26/10/2011	EXT LACR CURTADO	POSSIBIL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
959 965 6			31			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 HS.						
DEZ/2019 0						
PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES						
NOV/2019 6		TURBIDEZ	268	272	266	
OUT/2019 2		CLORO	268	272	272	
SE T/2019 2		COL. TERMO T	0	0	0	
AGO/2019 2		COR	73	93	91	
JUL/2019 2		COL. TOTAIS	268	272	268	
MÉDIA(m ³) 2		DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO:	03/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO:	09:29:01
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(CR\$)	
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO ACRESCIMOS(MESSES) ANT.	6 43	37,91	
JUROS DE MÍDIA 06/2019 07/2019 08/2019	08	2,30	
		4,45	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 12



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6882064

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCIO NEIVA, 21 - BAIRRO CENTRO SANTA RITA
PB 58300- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.001.055.0175.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
Y12N426776	11/12/2012	EXT LACR		LIGADO	LIGADO	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
500	507	7	29			10/03/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	1	30	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2019	3		TURBIDEZ	79	93	93
NOV/2019	1	30	CLORO	79	93	93
OUT/2019	1		COL.TERMOT	0	0	0
SET/2019	1		COR	20	93	93
AGO/2019	1	30	COL.TOTAIS	79	93	93
MÉDIA(M)	1		DADOS REFERENTES A: DEZ/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:44:21

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	67,65
ESGOTO		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bogley de Andrade Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz, da Vítima Bogley de Andrade Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia de 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	Número	Complemento
<u>Av. São machado</u>	<u>553</u>	
<u>Centro</u>	<u>PR</u>	<u>58000-000</u>
Email: *	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>83 - 99921-9283</u>

Januária 22 de 05 de 2020
Local e Data

Guilherme Flávia de Amorim
Assinatura do Declarante

DLDRLO01 V001/2017

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA	Ficha Nr: 293692	Atd: Nao Regulad
PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY	Data: 12/01/2020	
RUF: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N	Hora: 18:41:13	
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980	Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAM	
FAX: () - CNPJ:	Clinica: CIRURGICA	
DADOS DO PACIENTE		
Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS	Num. de vezes atendido: 1	
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99	Num. Prontuario: 2020.01.001229	
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385		
Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)		
End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL),80		
Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB		
Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS	Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS	
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO	Estado Civil: NAO INFORMADO	
OC o ão: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)	Escolaridade: NAO INFORMADO	
INF MACOES DE ENTRADA		
Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS		
T e Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749		
Procedencia: RUA		
Transporte utilizado: BOMBEIRO		
Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO		
Vitima de violência por: NAO		
[] Caso Policial		
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO		
PRE-CONSULTA		
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO		
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Uma:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[] Vomito		
Observacao		
Q u ixa Principal		
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO , APRESENTANDO TRAUMA EM MIE E ESCORIACOES PELO CORPO		
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)		
Palp e e artros se fizeram collar de no SNZ 6. SOL. Ax		
Diagn o stico 12/01/2020 02:00 Conduta		
Prescri c ao Poamento moto Thomas MZE Horario da medicacao		
Hoje Dr. → poamento muito lento. Ortopedico CRM 0307		
Os: Entrevistado 		



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA **SI. 301440** Ficha Nr: 294740 Atd: Nao Regu
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 15/01/2020
 RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:25:33
 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVALIN
 FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA
 DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2
 Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS Num. Prontuario: 2020.01.001229
 Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99
 CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385
 Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)
 End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL), 80
 Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
 Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS
 Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
 Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO) Escolaridade: NAO INFORMADO
 INFORMACOES DE ENTRADA *Molesto lateral*
 Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS
 Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749
 Procedencia: HOSPITAL CHMGTB
 Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
 Vitima de acidente por: NAO
 Vitima de violência por: NAO
 [] Caso Policial
 PRE-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
 Tipo de Classificação de Risco:
 PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
 FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
 Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
 Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
 Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
 Quedixia Principal Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico | Conduta

Prescrição | Horário da medicação
 |
 |





Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:	
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/01/2020			Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: KLEINIO RI			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>					
CID S82.6					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 22/01/2020		Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: KLEINTO RI		2º Assistente: _____		
Anestesista: _____		Instrumentador: _____		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>				S82.6
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva: _____				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

Retirado garrote em MIE

OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.

Data: 22/01/2020 / /

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>

Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 19

W E R

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3,5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

Retirado garrote em MIE

OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.

Data: 22/01/2020 / /

MÉDICO/CRM

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





LAUDO MÉDICO

O Sr. EDGLEY DE ANDRADE SANTOS, 41 anos, Auxiliar de serviços gerais, portador do RG: 1847749 SSP-PB, encontra-se inválido por tempo INDETERMINADO de exercer suas atividades laborativas.

Diagnóstico – Osteomielite Crônica da Tíbia Esquerda, Secundária a Sequela de Fratura exposta dos ossos da perna esquerda.

CID: M76.9 e T93.2

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.

Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM-1456

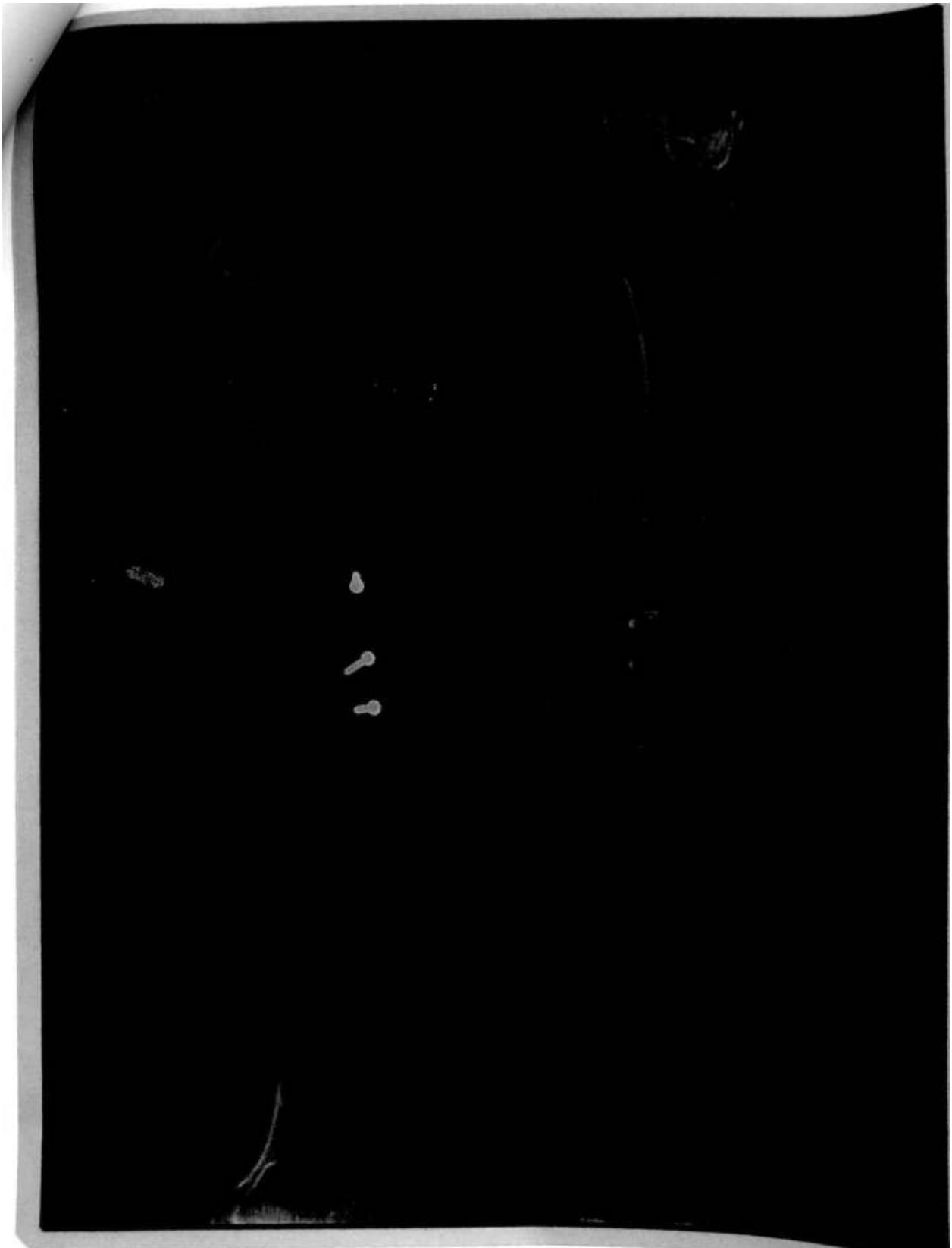
Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM 1456
CLINOR LTDA. João Pessoa-PB

Av. Getúlio Vargas, 126 - Centro - João Pessoa - PB Fone: (83) 3015 2029 | www.clinicaclinor.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 22



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200239304

Data da solicitação: 30/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-57

Nome do solicitante: Giullyana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (03) 99921-9283 Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Informo à seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as regras regulares supostadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

Ted Pessoa, 20/07/2020.

Local e Data

Giullyana Flávia de Amorim Nogueira.
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

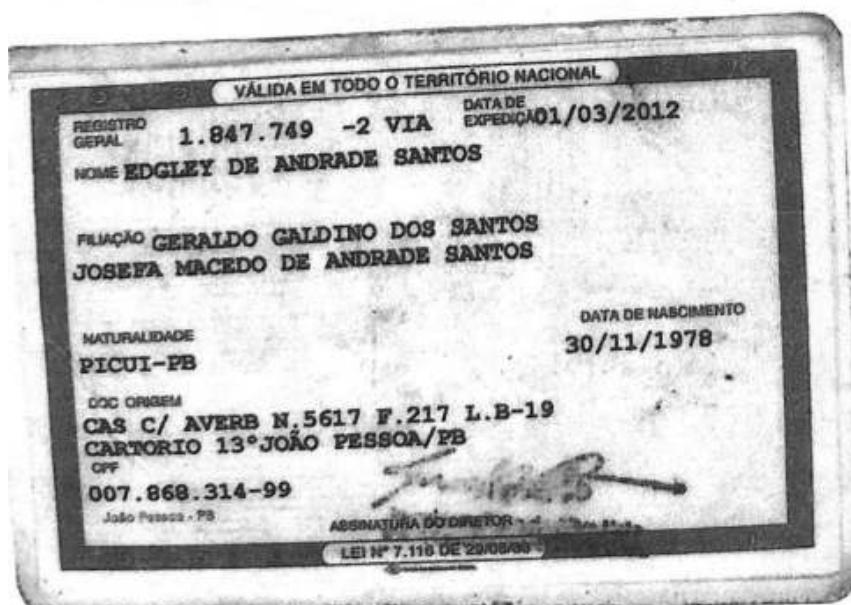
O não alfabetizado deve escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA	
FILIAÇÃO		LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
JOÃO PESSOA-PB		07/02/1985	
DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063			
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB			
CPF 011.197.984-69		<i>[Signature]</i>	
João Pessoa - PB		ASSINATURA DO CEDENFAC/CGI	
LEI N°7.116 DE 29/08/83			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200239304 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: OBS: PAG. 3/4/5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200239304

Data da solicitação: 30/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-57

Nome do solicitante: Giullyana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (03) 99921-9283 Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Informo à seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as regras regulares supostadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

Ted Pessoa, 20/07/2020.

Local e Data

Giullyana Flávia de Amorim Nogueira.
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deve escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edgley de Andrade Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Divorciado
Identidade: 1.847.749
CPF: 007.868.314-99
Profissão: Serviço gerais
Endereço: R. Arnaldo Campelo, nº 80 Ap1003 ml. 1)
CEP: 58067-207
Telefone: (83) 98784-7385, 98787-7660.

OUTORGADOS: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Morais Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº14318, portador do CPF/nº 06631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados 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 a fim de requerer a Indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Edgley de Andrade Santos

Jail Pessas - 11-03-2020

Local e data

Edgley de Andrade Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO
VIEIRABATISTA

2º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-012471

Reconheço por autenticidade a firma de:
EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Dou fir., em testemunho da verdade, Jairo Pessas - PB, 11/03/2020 12:11:07
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEM: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,01
SELO DIGITAL: AJW00599-TCK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

REGELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

SERVIÇO DE NOTARIA
Jairo Pessas - PB
Local: Centro
Data: 11/03/2020
Assinatura: [Signature]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187423/20

Número do Sinistro: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

CPF: 007.868.314-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2020

Titular do CPF: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 10/08/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821100048700000036706349>
Número do documento: 21011821100048700000036706349

Num. 38493553 - Pág. 29