



19/01/2021

Número: **0807676-79.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELISANGELA CIRILO DA SILVA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38516488	19/01/2021 12:26	2778505_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO DA SILVA

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,

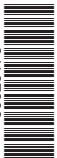
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16054516

Pag. 00357/00358 - carta_01 - INVALIDEZ

00020179





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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01439/01440 - carta_25 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Euonildo Lúcio do Silva

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

5 - Nome completo:

Euonildo Lúcio do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recebeu de

8 - Endereço:

Rua João José do Nascimento

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Sul

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Operação 053

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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



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



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



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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro(vainosor)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 056666.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 056666.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:12 min do dia 07/08/2020, na Delegacia Online, **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão OPERADORA DE CAIXA, natural de João Pessoa, nascido(a) em 19/08/1983, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Preta, filho(a) de MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA e NIVALDO FELISMINO DA SILVA, CPF 052.420.834-41, residente e domiciliado(a) no(a) RUA JORN JOSE DO PATROCÍNIO, BAIRRO ALTO DO CÉU, nº 198, bairro ALTO DO CÉU, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58027190, telefone(s) (83)98849-5530, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 01/01/2020 01:20h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, TORRE, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ELISANGELA CIRILO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 01/01/2020 POR VOLTA DAS 01:20H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160 BROS, ANO 2016, COR PRETA, CHASSI Nº. 9C2KD1000GR014088, DE PLACA OXO-2913/PB, DE PROPRIEDADE DA SRA EDJANE CIRILO SILVA DE CARVALHO, PELA AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, NO BAIRRO DA TORRE, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ASSIM QUE O SINAL ABRIU, AO TENTAR CRUZAR A AVENIDA, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE INVADIU O CRUZAMENTO E SE EVADIU DO LOCAL. EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA) NESTA CAPITAL, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 02:47H E SIDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EMITIDA PELA DRª ROSÂNGELA M. ESCOREL ALMEIDA, CRM-PB 3883.

x Elisangela Cirilo da Silva

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

x Elisângela Cirilo da Silva
ELISANGELA CIRILO DA SILVA

0ED4E432EF5F4DF34E59774A11617978

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 056666.01.2020.0.00.704

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Euonildo Lixile do Silva

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

5 - Nome completo:

Euonildo Lixile do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recebeu-se

8 - Endereço:

Rua Jean José do Figueiredo

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Sul

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf-ctv@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Operadora 013

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (viveiros)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019



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:	10/09/2020
------------------------	------------

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000029201-6

Nr. da Autenticação 38600AABB7798F03



**FATURA****Brisanet Serviços de Telecomunicações LTDA**

Elisângela Cirilo Da Silva Rua Jornalista José do Patrocínio, 198 - Alto do Pessoa/PB	Código 18452523 CPF 052.420.834-41	Vencimento 08/08/2020	Valor 101,84
		Forma de Pagamento Boleto	

IMPORTANTE

O pagamento desta fatura implica de todos os serviços e produtos nela contidos.

Para o conforto a Brisanet oferece algumas alternativas de pagamento da sua fatura. Rede Bancária e Casas Lotéricas.

Não Utilize pagamento via DOC, transferência bancária e depósito simples, pois nosso sistema não identifica esses pagamentos.

INFORMAÇÕES UTEIS

Após o vencimento, serão cobrados juros de 1% ao mês e multa de 2% no próximo extrato.

Evite o bloqueio do seu sinal efetuando seu pagamento até o vencimento. Brisanet, empresa filiada ao SPC.

Descrição do(s) Serviço(s)

Período de 10/06/2020 até 10/07/2020 - Mensalidade INTERNET FIBRA 200MB	99,00 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Taxa por Atraso de Pagamento 1/1	0,86 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Multa por Atraso de Pagamento 1/1	1,98 (+)

		033-7	03399.96662 20600.000218 77898.101017 1 83410000010184	
Pagador Elisângela Cirilo Da Silva - CPF: 052.420.834-41				
Nosso Número 21778981	Número do Documento 2177898	Vencimento 08/08/2020	Valor do Documento 101,84	(R\$) Valor Pago 101,84
Beneficiária BRISANET GERENCIADORA DE ATIVOS LTDA - CNPJ: 19.796.576/0001-35 CE-138, Km 14, Estrada Brisanet, S/N - Sítio Serrote Verde, CE - 83460-000 Agência / Código do Beneficiário				



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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Adilson Luiz de Queiroz Leite Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisomela Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vitima Elisomela Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Lorena</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.ades@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849.5530</u>

João Pessoa-PB 07 de Agosto de 2020
Local e Data

Adilson Luiz de Queiroz Leite Neto
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





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

ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2001/041, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2657268, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/01/2020, na Av. Beira Rio, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 01:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Janeiro de 2020.

Alisson Monte
Matr. 62923-5

ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CAMPEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N:
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 290954 Atd: Nao Regulada
Data: 01/01/2020
Hora: 02:47:39
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.01.000008

Nome: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 161109015560002 Sexo: F IDENTIDADE: 2806669 Fone: 86957206

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/08/1993 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR CARDOSO TORRES, 146

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA

Pai: NIVALDO FELISMINO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: CAIXA

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CUNHADO MATHEUS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Q: a Principal

COLISAO MOTO X CARRO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ [] Aparentemente Bem	☐ [] Grave
☐ [] Politraumatizado	☐ [] Convulsao
☐ [] Hemorragia	☐ [] Dispneia
☐ [] Diarreia	☐ [] Agitado
☐ [] Regular	☐ [] Chocado
☐ [] Vomito	
Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Unidade de moto. Apresen trauma em MSD

Diagnostico

Conduta

17 Ates de cirurgia

Prescrição

Histórico de medicação

Internação 17/01/2021

Chamado

Dr. Valdean Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

Artur H. Sudano Oliveira
CRM 38427 CREMER - 28.630
Cirurgia Geral e Coloproctologia



[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elsangela C. da Silva Data da Admissão: 01/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

OPD: _____

IDA: _____

Atenção de guarda de
matrão após colar de
carro com dor no peito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Cabeça e Pescoço:

☐ Dor de Garganta ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV:

☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____

ABD:

☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU:

☐ Distúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME:

☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO:

☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elisângela C. da Silva Data da Admissão: 01/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: _____

IDA: _____

Fit. ventral de queda de
marco após colar de
carro com dor no pescoço

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e desce do canto superior interno inferior até ao nível do
Achados:	radio e alar direito. Adnexo simpá arando 2 placas.
Conduta:	3.5 de 7/10/17 para + de 6/10/17 para. Após a fixação sendo curado que fura Fechamento:
OBS:	nesto palmo

Data: 9/11/2020

Roberto A. Souza
CRM 10.530
MÉDICO/CRM

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





CERTIDÃO

Nº. 0352/2020

Atendendo solicitação de **ADAILSON LUIZ QUEIROZ COUTINHO NETO** acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº290954 e Prontuário nº 2020.01.0008 pertencente ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2020 às 02h47min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia, 09/01/2020. Com alta médica dia 10/01/2020.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELISANGELA CIRILO DA SILVA				PROSTABRIN	
IDADE: 36	SEXO: FEM.	COLETA	CLÍNICA	BRF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 01/01/20		DATA DE ALTA: 10/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: FR OSSOS ANTERIORES				CID: S.52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO					
OUTROS LAÇOS MÓSTICOS					
PRINCIPAIS SINTOMAS: NA					
PROCEDIMENTO REALIZADO: NAFS					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANAMNESE PATOLÓGICA					
INFECÇÃO PU: ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL: ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGICO					
CONDICIONAMENTO: ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA DOENÇA, TERAPIA, COMPLICAÇÕES					
PACIENTE SUBMETIDO A TTD CIRÚRGICO, ATRAVÉS DA REDUÇÃO					
ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSO					
DIETA: LIQUÍDA					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades leves sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: DOIC e CEFALGIDOL					
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do DR ROBERTO SANTOS em _____ dias para revisão. 7 DIAS					
DATA: 10/01/20		Dr. Yury Cordeiro CRM 11.507/PB Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO - CRM			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					







VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1169704663



PROIBIDO PLASTIFICAR
1169704663

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELISANGELA CIRILO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2806669 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
052.420.834-41 19/08/1983

FILIAÇÃO
NIVALDO FELISMINO DA
SILVA
MARIA DAS DORES CIRILO
AD SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06195768319

VALIDADE
07/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/10/2014

OBSERVAÇÕES

Elisangela Cirilo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/11/2015


Aristeu Chaves Sousa
Assinatura do Emissor

12982550761
PB031590713

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200299075 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR 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 DO MEMBRO SUPERIOR 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Euonildo Lúcio do Silva

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

5 - Nome completo:

Euonildo Lúcio do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recebeu de

8 - Endereço:

Rua Jean José do Nascimento

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Sul

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Operação 053

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorciado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

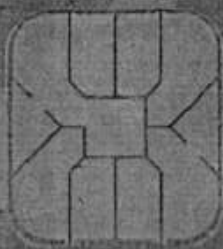
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

POUPANÇA



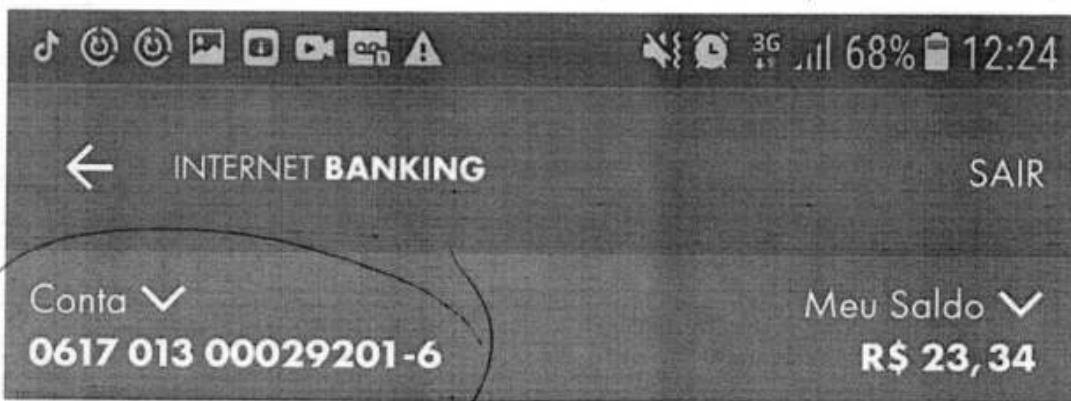
DÉBITO

6277 8012 5122 4329

ELISANGELA CIRILO SILVA

0617 013 00029201-6 08/21





		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	CRED JUROS	0,01 C
		Saldo	8,92 C
10/08/2020	101203	COMPRA ELO	5,58 D
		Saldo	3,34 C
21/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	3,34 C
27/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	3,34 C
28/08/2020	<u>000323</u>	<u>CRED TED</u>	1.020,00 C
		Saldo	1.023,34 C
28/08/2020	281638	SAQUE ATM	1.000,00 D
		Saldo	23,34 C

* 670 - Não há lançamentos do dia.



Horários e Limites

Saldo	23,34 C
Saldo bloqueado	0,00
Saldo disponível	23,34 C
Saldo total	23,34 C

* 650 - Sujeito a alteração até o final do expediente bancário.

Extrato			
DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	CRED JUROS	0,01 C



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elisomaga Cirilo do Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Operadora de caixa Nº DO RG: 06195768319
ORGÃO EMISSOR: Detran - PB DATA DE EMISSÃO: 09/11/15
Nº DO CPF: 052.420.834-41 ENDEREÇO: Rua Jeron. José
do Potrecunio, nº 138, Alta do Lou, João Pessoa - PB, Cep 58027-
490

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Elisomaga Cirilo do Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 07 de Agosto de 2020.

Elisomaga Cirilo do Silva
Outorgante

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234499/20

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

CPF: 052.420.834-41

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 01/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

ELISANGELA CIRILO DA SILVA : 052.420.834-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/08/2020
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

