



Número: **0802960-50.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **30/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ERMINIO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38689966	25/01/2021 11:10	2779556_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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200210822

Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA

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,

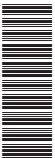
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15860027

Pag. 01861/01862 - carta_01 - INVALIDEZ

00010931





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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200210822

Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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. 01161/01162 - carta_03 - INVALIDEZ

00030581



Carta nº 15861341





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200210822

Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

Data do Acidente: 15/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ERMINIO PEREIRA

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **CARLOS ERMINIO PEREIRA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000022613-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090 829 524 32 4 - Nome completo da vítima: Carlos Homínio Pereira

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

5 - Nome completo: Carlos Homínio Pereira 6 - CPF: 090 829 524 32
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: Rua, São José 9 - Número: 232 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58780.000
15 - E-mail: netos.assessoria@hotmail.com 83, 987616835 16 - Tel.(DDD): 999471520 24

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)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
AGÊNCIA: 3542 CONTA: 22617 2
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1773/2019

Natureza da ocorrência: LESÃO EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Data do fato: 15/11/2019 hora: 12:20 HORAS

Local do fato: BR 361, entrada de Itaporanga-PB

NOTIFICANTE

NOME: CARLOS ERMINO PEREIRA, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Itaporanga-PB, idade: 29 anos, nascido em 06/04/1990, cor/raça: Parda, Estado Civil: Casado, Profissão: Eletricista da Empresa Energisa, Escolaridade: médio, documento: RG 3581055 SSP/PB, CPF 090.829.524-32, filiação: Francisco Erminio Pereira e de Raimunda Pereira da Silva, endereço: Rua São José, nº 232, Centro, Itaporanga-PB, referência: xx - Telefone: (83)996126220.

VÍTIMA

NOME: O NOTIFICANTE, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local supracitados, o comunicante vinha conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA /NXR 160 BROS NSDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, VERMELHA, PLACA QFU8258/PB, RENAVAL 01081239953, CHASSI 9C2KD0810GR422106, LICENCIADA EM NOME DE EDUARDO DOS SANTOS GUILHERMINO, quando foi surpreendido por outra motocicleta, vindo no sentido da cidade para o conjunto Chaga Soares, onde o comunicante foi atingido na altura da coxa direita, próximo a altura da bacia; QUE a outra motocicleta envolvida no sinistro não foi identificada; QUE o comunicante foi socorrido pela equipe plantonista do SAMU local para o hospital distrital de Itaporanga, onde foram feitos os primeiros procedimentos hospitalares, e devido a gravidade da lesão foi reacambiado para o Hospital Regional de Patos/PB. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 04 de Dezembro de 2019.

Carlos Ermino Pereira

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: *Francimar Nunes Feitoza*
Mat.: 160.024-9



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200210822 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA COXA DIREITA, ABSCESSO, ATROFIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

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 RESIDUAL 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



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: 090.829.524.32 4 - Nome completo da vítima: Carlos Homínio Pereira

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

5 - Nome completo: Carlos Homínio Pereira 6 - CPF: 090.829.524.32
7 - Profissão: Eletricista 8 - Endereço: Rua, São José 9 - Número: 232 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: P.B. 14 - CEP: 58780.000
15 - E-mail: nelson.assessoria@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 99947152024

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)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal
AGÊNCIA: 3542 CONTA: 226172
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019



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: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ERMINIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000022613-2

Nr. da Autenticação FD2DF7E5208815C2



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
EXIBIR ESTE NÚMERO
MATRÍCULA**31802524**

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LOPES SILVA DELFINO
RUA SAO JOSE, 232 - CENTRO ITAPORANGA PB 58780-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
081.004.170.0385.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
Y05X273154	07/05/2007	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL					
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA								
879	879	1	30		24/12/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
OUT/2019	1	30	PARAMETROS		EXIG. ANALIS.		CONFORMES	
SET/2019	1	30	TURBIDEZ		0	0	0	
AGO/2019	1	30	CLORO		0	0	0	
JUL/2019	1	30	COL. TERMOT		0	0	0	
JUN/2019	1	30	COR		0	0	0	
MAI/2019	1	30	COL. TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(M)		1	DADOS REFERENTES A: SET/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 26/11/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:21:14

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

1 M3

37,91

ESGOTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 RSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
RENOVADA

ACC
RENOVADA

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06119219971

VALIDADE
20/06/2023

V. HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Carlos Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO PRESIDENTE

32584580787
98075781306

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA RUYDIO EUGENIO, 27 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 55780000 (A/C: 154)

Ligação: MONOFÁSICO -
Car/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 7 - 154 - 25 - 3110
Medidor: 0000887427

Referência: Out / 2019
Emissão: 14/10/2019

ENERGISA PARÁRUA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 200, Km 25 - Orla de Retorno - Jaboatão / PE - CEP 53071-141
CNPJ 09.095.189/0001-40 - Insc. Est. 18.915.920

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.9
Cód. para Dth. Automático: 000002820

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	039.247.064-09 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato
Conecte o Energisa On/Off, nosso aplicativo para smartphones e tablets, e tenha mais comodidade e facilidade para você. Envie o app agora e informe para a luz, confira se haverá cobrança programada na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Romário Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.829.524 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade, morte da Vítima Carlos Romário Pereira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.829.524 / 32, 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>Rua Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>netor.moreira@hotmai.com</u>	CEP: <u>58780-000</u>	Tel. (DDD): <u>999421520 24</u>

Local e Data: Itaporanga 16/01/2020

Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



Relatório Médico

Carlos Ermino Pereira

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 15/11/2019. Teve como lesão ferimento corto-contuso em face medial da coxa direita, evoluindo com formação de abscesso em coxa. Realizou tratamento clínico com antibióticos e curativos. Apresenta atrofia muscular em membro inferior direita, dor crônica e marcha claudicante. Alta médica a partir da data de hoje.

11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400


Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
RENOVADA

ACC
RENOVADA

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06119219971

VALIDADE
20/06/2023

V. HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Carlos Américo Soares Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO PRESIDENTE

32584580787
98075781306

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1424948517

1424948517

1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA RUYDIO EUGENIO, 27 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58700-000 (A/C: 154)

Ligação: MONOFÁSICO -
Car/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 7 - 154 - 25 - 3110
Medidor: 0000887427

Referência: Out / 2019
Emissão: 14/10/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 220, Km 25 - Orla do Rio - João Pessoa / PB - CEP 51071-111
CNPJ 09.095.189/0001-40 - Ins. Est. 18.015.920

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.9
Cód. para Dth. Automático: 000002820

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato
Conecte o Energisa On/Off, nosso aplicativo para smartphones e tablets, e tenha mais comodidade e facilidade para você. Envie o app agora e informe para a luz, confira se haverá cobrança programada na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.



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

CARLOS ERMINIO PEREIRA

CPF
3581055 **SSP** **PB**

CPF
090.829.524-32 **DATA NASCIMENTO**
06/04/1990

PLACAO
FRANCISCO ERMINIO
PEREIRA
RAIMUNDA PEREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CIN/PA**
AB

Nº REGISTRO
05305515640 **VÁLIDE**
03/06/2020 **1ª EMISSÃO**
16/09/2011

COMISSÃO

ASSINATURA DO TITULAR
Carlos Ermino Pereira

LOCAL
ITAPORANGA, PB **DATA EMISSÃO**
23/06/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
44693108005
PB030533228

DETRAN-PB (PARAIBA)

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1096086622

PROIBIDO PLASTIFICAR
1096086622



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		Nº 014800117441	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA 1	0108123995-3	DATA EMISSÃO 2019	29/08/2019
NOME EDUARDO DOS SANTOS GUILHERMINO			
CPF / CNPJ 0649663748	PLACA QF8258/PB		
NOVO	CHASSI 2KD0810GR422106		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO HONDA/NXR160 B SDD		ANO/FAB. 2015	
CAP / POT / cil 2 P/162 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENÇ / COTAS 1ª	
FAZEA LPIVA 0		PARCELAMENTO / COTAS 2ª	
PREMIUM TARIFÁRIO (R\$) *****		PRÊMIO TOTAL (R\$) PAGAMENTO	
SEGURO		DATA DE PAGAMENTO 29/08/2019	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO			
SAO JOSE DE CATANA-PB			
41581		29/08/2019	



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: 320111269	Data da solicitação: 11/06/2020 DD/MM/AA
Nome do beneficiário: Carlos Genivaldo Pereira	CPF do beneficiário: 09082952432
Nome do solicitante: Suelio Rodrigues dos Santos	CPF do solicitante: 03924706409

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 999471520 DDD	Tel. Comercial: () DDD	Tel. Residencial: () DDD
E-mail: srtos.senoua@hotmail.com		

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

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

(DESCREVER)

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

Atiporanga 11/06/2020
Local e Data
Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a ruego)

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 deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu ruego).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200210822 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA **Data do acidente:** 15/11/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM QUADRIL DIREITO (ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG. 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NO SINISTRO ANTERIOR NEGADO - 3200111269*

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Erminio Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Platacinista, residente e domiciliado à Rua Saifone, nº 232, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58280000, portador(a) do Rg nº 35.810.95, I, e CPF nº 090.829.524.32.

Outorgado: Elison Rodrigues da Costa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Auxiliar, residente e domiciliado(a) à Rua Luís de Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58280000, portador (a) do RG nº 5652167, I, e CPF nº 039.242.064.09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Carlos Erminio Pereira, ocorrido em 15.11.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal, I, Dama.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

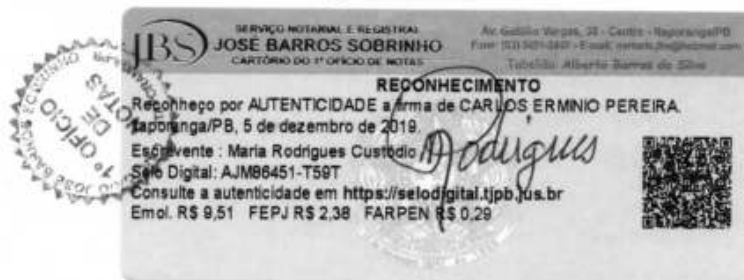
ITAPORANGA 05 de Dezembro de 2019.

x Carlos Erminio Pereira

Outorgante

CPF Nº 090.829.524.32

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0163614/20

Vítima: CARLOS ERMINIO PEREIRA

CPF: 090.829.524-32

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 15/11/2019

Titular do CPF: CARLOS ERMINIO PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

CARLOS ERMINIO PEREIRA : 090.829.524-32

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: 12/06/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

