



07/07/2023

Número: **0814226-91.2023.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75769 901	07/07/2023 09:38	2884944_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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356253

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

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. 01501/01502 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356253

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 0000015019-3

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

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima: Carlos Antônio dos S. Lauretino

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 Antônio dos Santos Lauretino 6 - CPF: 421.949.894-04

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Boa Vista 9 - Número: 08 10 - Complemento:

11 - Bairro: Conj. Bomero cont. 12 - Cidade: Maneira 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58220-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 53.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0578 7 CONTA: 15019 3

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

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(a) ao 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34 - Assinatura do Autor do 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 30-09-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03727.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03727.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 08:55 horas do dia 15 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Carlos Antonio dos Santos Laurentino**, CPF nº 421.949.894-04, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, filho(a) de Elenita dos Santos Laurentino e Manuel Gonzalo Laurentino, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 21/09/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Conjunto Homero Araujo, bairro Centro, tendo como ponto de referência Conjunto, na cidade de Bananeiras/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

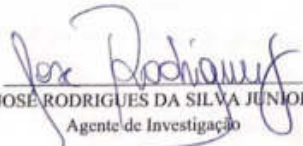
Local: Rua Jose Homero de Oliveira, Conjunto Major Augusto Bezerra, Bananeiras/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/03/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 29/03/2020, POR VOLTA DAS 08:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ DE COR PRATA, ANO 2015, PLACA NQK-0601/PB, CHASSI 9C2JC4820FR541887, REGISTRADA EM NOME DE JOSE EWERTON SOUSA DA SILVA, NA RUA JOSE HOMERO DE OLIVEIRA, CONJUNTO MAJOR AUGUSTO BEZERRA, BANANEIRAS/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO HOSPITAL DE BANANEIRAS, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LESÕES GRAVES EM PERNA + LESÕES EM TENDÕES + LESÕES DOS DEDOS E DO TALUS, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JR.

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

João Pessoa/PB, 15 de setembro de 2020.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO
Noticiante

Procedimento Policial: 03727.01.2020.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima: Carlos Antônio dos S. Lauretino

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 Antônio dos Santos Lauretino 6 - CPF: 421.949.894-04

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Boa Vista 9 - Número: 08 10 - Complemento:

11 - Bairro: Conj. Bomero Cont 12 - Cidade: Maneira 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58220-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 53.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0578 7 CONTA: 15019 3

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34 - Assinatura do Autor do 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 30-09-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320035625303

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787

CONTA: 000000015019

Número da Autenticação



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 650.641.510



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.915.623-0

DADOS DO CLIENTE

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO
RUA BOA VISTA 08
BANANEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1062710-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2020	17/09/2020	32	24/09/2020	R\$ 13,12

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/09/2020

Pagador: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO CNPJ/CPF: 421.949.894-04

RUA BOA VISTA 08 - CENTRO - BANANEIRAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001697910	000000000202009	24/09/2020	R\$ 13,12	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2023 09:38:12

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070709381143000000071377565>

Número do documento: 23070709381143000000071377565

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO, 553/SL 127 - CENTRO
JOAO PESSOA/PB CEP 58013-520 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI 058 310 264-06

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B3
Classe COM MTC B3 / Subclasse COMERCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 4 - 1 - 39 - 2760 IP Medidor 00000747980



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1313928-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013139282



VALOR DA FATURA
R\$ 98,03



VENCIMENTO
18/05/2020



REFERÊNCIA
Mai / 2020



CONSUMO
118kWh

3,47 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Tarifa/Tributos	DESCRITIVO						
				Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$) Colins(R\$)	PIS(R\$) Colins(R\$)	1,0045%	4,9655%
0001	Consumo em kWh	118	0,741550	93,37	93,37	25	23,34	93,37	1,01	4,66
0007	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			4,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA									

CC	Código de Classificação do Item	Tarifa/Tributos	0,545400	TOTAL	98,03	93,37	23,34	93,37	1,01	4,66
----	---------------------------------	-----------------	----------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

RESERVADO AO FISCO

cec5.7917.c16c.0628.2d4c.60a4.2be5.886f

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mai/19 125

1 ENTREGA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição

Valor (R\$)

%





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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Davis de Amorim Nêves inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Antônio da Santa Laureano inscrito (a) no CPF sob o Nº 421.949.894 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Paulo Antônio da Santa Laureano inscrito (a) no CPF sob o Nº 421.949.894 / 04 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>Av. João Machado</u>		Número <u>953</u>	Complemento
Bairro <u>Penão</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.00-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83 999 21.9283</u>

João Pessoa, 16 de Setembro de 2020
Local e Data

Guilherme Davis de Amorim Nêves
Assinatura do Declarante

SLDRL.001 V001/2017



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO 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: 211945 Atd: Nao Regular
Data: 29/03/2020
Hora: 15:37:22
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:
CNS: 200625088190007 Sexo: M IDENTIDADE: 1461206 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/09/1962 Id: 57 ano(s)
End.: CONJUNTO HOMERO ARAUJO, 00
Bairro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF: PB
Mae: ELENITA DOS SANTOS LAURENTINO Pai: MANOEL GONCALO LAURENTINO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO
Te. Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1461206
Procedência: HOSPITAL MUNICIPAL DE BANANEIRA
Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

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%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Q. Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO NEGA
VOMITO E DESMAIO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



CARLOS ANTÔNIO DOS SANTOS LAURENTINO



Dr. Cláudio
Atendente: Marcia

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Bananeiras
Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO

Ramal: 275

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Dr. Plácido Bezerra - Bananeiras

NOME: Carlos dos Santos Laurentino

IDADE: 57a

ENDEREÇO: Conjunto Residencial Araújo - Bananeiras

CLÍNICA: Amarelo Geral - Dor de partes moles / Ruptura ligamentar / Fratura?

OBSERVAÇÃO: Vítima de acidente automobilístico apresentando lesão
de partes moles e perda de tecido, ruptura de ligamentos,
na parte anterior lateral a fíbula esquerda. Não foram
avaliadas possíveis fraturas. SpO2: 98% FC: 85bpm; HGT: 117mg/dL;
PA: 130x80 mmHg; HAS + Alergia a Cefalexina.

Medicamentos/ Procedimentos utilizados: Tramal 100 mg

UNO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Dra. Larissa Arruda
Médica
CRM-PB 11640

ASS./CARIMBO

DATA 29/03/2020



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Carlos Antônio Santos Data da Admissão: 29/03/2023
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: _____
HDA: Atendimento em ambulatório
com plano de
saúde em RCB

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
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melenas [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] 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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____

Alimentação: _____

[] HTF

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

mmHg

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

*Lesão extensa em
Perna (E) de lesão de tendão
do compartimento anterior*

Conduta:

Ag Bloco A LMC

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Carlos Antônio dos Santos Laurente</i>		Registro: <i>Laurente</i>	
Idade: <i>57</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>OT</i>
Data: <i>29/03/20</i>	Girurgião: <i>Dr. Romero Rêgo</i>	1º Assistente: <i>Valdeir</i>	EMP: <i></i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: <i></i>	LR: <i></i>
Anestesista: <i>Cláudio</i>	Tipo Anestesia: <i></i>	Horário: <i>I: ☐ T: ☐</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Lesão grave em pérmia com</i>			
<i>lesão de tendões do compo-</i>			
<i>mento anterior da pérmia</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>RMC + tenorrafia</i>			
<i>de tendões EXT longos dedo e de dedos</i>			
<i>na tenorrafia do tendão anterior</i>			
<i>por perda do mesmo.</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Vit. em P.A. pela Rafe
Superior + Anterior
Exposição de campos ósteos

Incisão:

Achados:

Lesão Extensa de compatibilidade
inferior da perna (G)
Lesão da Tensão Talus Anterior
Lesão de Tensão Estender dos dedos
do Hallux (G)

Conduta:

Replacada de M.C. com S.F.H.
além da
Fenda de Tensão Talus Ant. não
conseguida temporária com sucesso
tentativa de Tensão dos dedos
Redução legamata de Anterior em
Anterior.

Fechamento:

Sutura + Curativo

OBS:

Aproximação da C. Plástica
chance alta necrose de pele.

Data:

29/03/2020

Dr. Valdeir Carvalho Jr.
CRM 7692-PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

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



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	LUIS GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
JOÃO PESSOA-PB			07/02/1985
DOC. ORIGINAL	CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063		
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB			
CPF	011.197.984-69		
João Pessoa - PB	<i>[Assinatura]</i>		
LEI Nº 7.116 DE 2008/03			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

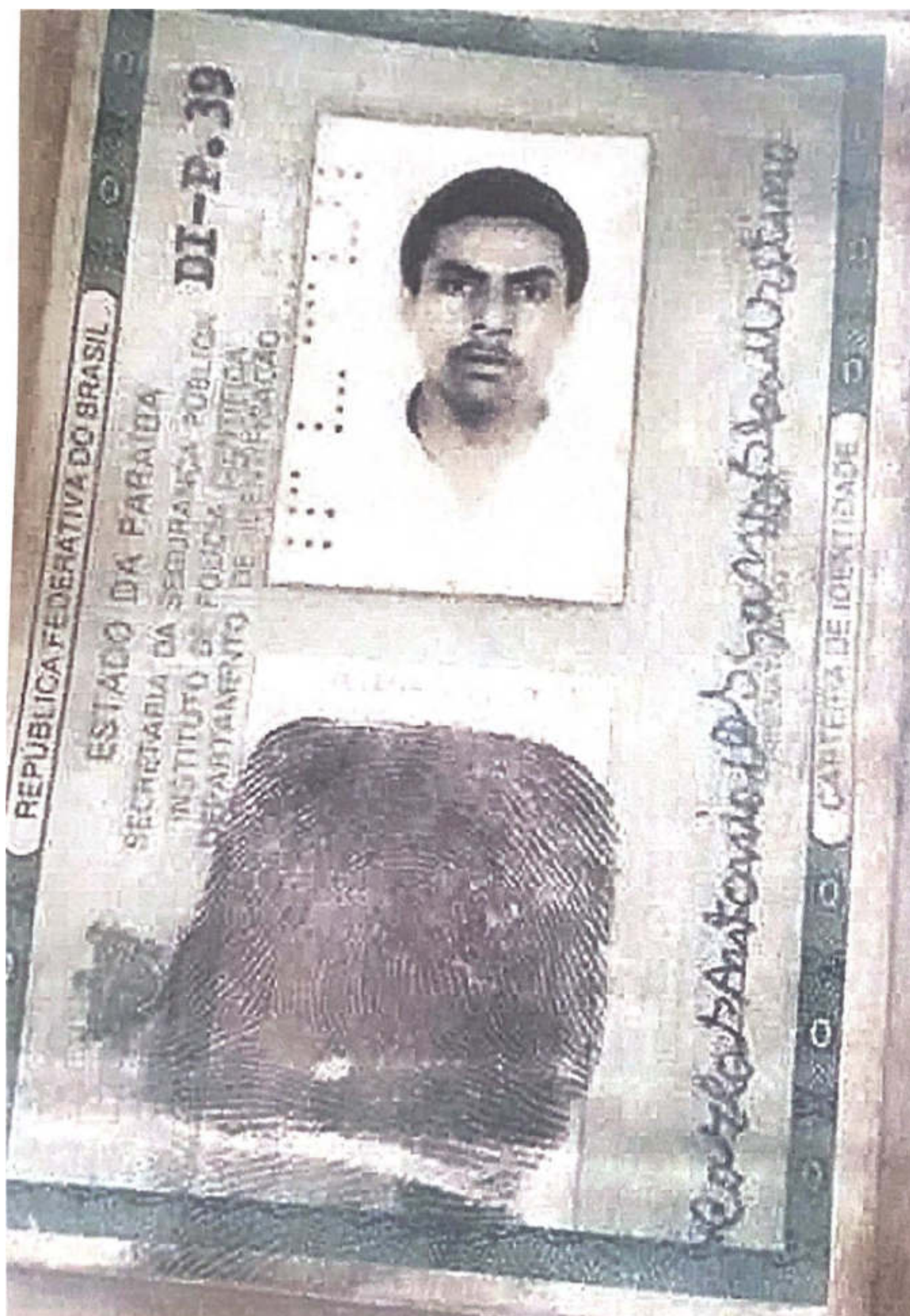
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

[Assinatura]

CARTEIRA DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4 4 8 1 2 0 0

DATA DE EMISSÃO: 17 JAN 1963

NOME: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

PAIS: Brasil

PROFESSOR: Manuel Gonçalves Laurentino

Mãe: Elenita dos Santos Laurentino

Cidade: Bananeiras-PB.

DATA DE NASCIMENTO: 21.09.1962

NACIONALIDADE: Brasileira

Cert. Cas. Nº 1171, Fls. 235, Liv. 02-Aux-B, Cart. de Bananeiras-PB.

Assinado por: *[Assinatura]*

COPIA DE ARQUIVAMENTO

LEI Nº 1.146 DE 23-06-63

PSEE 320245





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356253 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR. P1,2
TRAUMA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356253 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR. P1,2
TRAUMA NO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Antonio dos Santos Lourenço, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Moa Vista, nº 03, bairro Centro, Município de Camamu, Estado de(o) BA, Cep 5822-000, portador(a) do Rg nº 1461206, SSP/BA e CPF nº 421.949.894-04.

Outorgado: Giulliana Flávia de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Tanzi Machado, nº 253, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) BA, Cep 5800-000, portador (a) do RG nº SSP/ e CPF nº

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 Antonio dos Santos Lourenço, ocorrido em 13/03/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

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.

João Pessoa, 16 de Setembro de 2020.

Carlos Antonio dos Santos Lourenço
Outorgante
CPF Nº 421.949.894-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Carlos Antonio dos Santos Lourenço, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Moa Vista, nº 03, bairro Centro, Município de Passo de Liberdade, Estado de(o) PR, Cep 5822-000, portador(a) do Rg nº 1461206, SSP/PR e CPF nº 421.949.894-04.

Outorgado: Giulliana Flávia de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Achicada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Machado, nº 253, bairro Centro, Município de Passo de Liberdade, Estado de(o) PR, Cep 5800-000, portador(a) do RG nº SSP/PR e CPF nº

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 Antonio dos Santos Lourenço, ocorrido em 13/03/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

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.

Passo de Liberdade, 16, de Setembro, de 2020.

Carlos Antonio dos Santos Lourenço
Outorgante
CPF Nº 421.949.894-04

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281067/20

Vítima: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAUREN

CPF: 421.949.894-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

CARLOS ANTONIO DOS SANTOS LAURENTINO : 421.949.894-04

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: 05/10/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 421.949.894-04 4 - Nome completo da vítima: Carlos Antônio dos S. Laurentino

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 Antônio dos Santos Laurentino 6 - CPF: 421.949.894-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Boa Vista 9 - Número: 08 10 - Complemento:
11 - Bairro: conj. Bomero eito 12 - Cidade: Maneira 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58220-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 5787 (8) CONTA: 15019 (3)
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivente)? ☐ 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.

TERMO AUTORIZADO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 30-09-2020
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

