

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180451876**

Vitima: **CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180451876**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13441730



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 007 393614 65	Nome completo da vítima Cícero Justino dos S. Junior
---------------------------	--------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Cícero Justino dos S. Junior	CPF titular da conta 007 393614 65	Profissão Recuso
Endereço Rua Eneas Flávia S. Moraes	Número 177	Complemento
Bairro Planalto	Cidade Santa Rita	Estado PB
Email	CEP 58301-620	Telefone (DDD) (83) 9 863-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

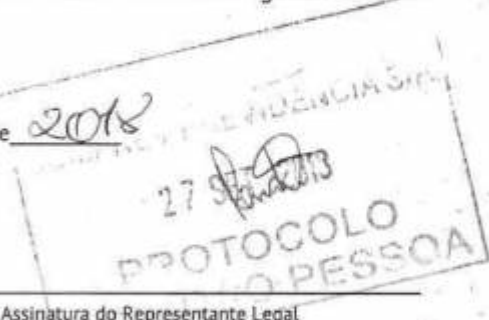
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 114 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 00115610 D/V 5 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

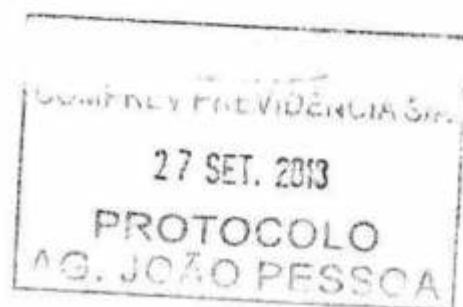
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Cícero Justino dos S. Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01221.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01221.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:24 horas do dia 28 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cicero Justino dos Santos Junior**, CPF nº 007.393.614-65, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Gilvanete Moraes dos Santos e Cicero Justino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aneias Flavio Soares de Moraes, Nº 177, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Antena Terceira Rua, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (s) para contato (83) 98829-6210.

Dados do(s) Fatos:

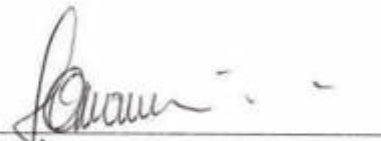
Local: Rua: Vinício Correia, Próximo a Antena, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

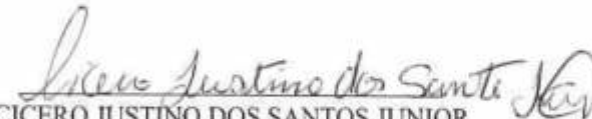
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

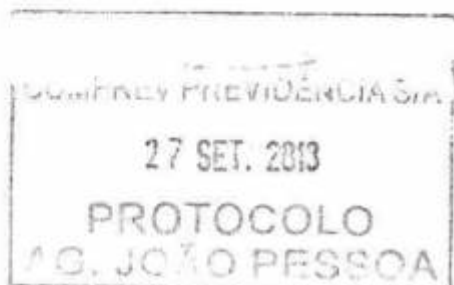
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que no dia 25/02/2018, por volta das 20:00 horas, quando transitava na rua: Vinício Correia, em Santa Rita/PB, e que na ocasião vinha com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/XRE, marca e modelo: 2012 de cor verde, placa: OFG-1498/PB, chassi nº 9C2ND0910CR018602, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo ao chegar na rua acima citado, transitava normalmente na mão da direita, quando de repente um outro veículo, tipo motocicleta, não sabendo informar marca e modelo nem quem era o condutor, pois este se evadiu do local; QUE segundo o notificante esse piloto perdeu o controle e veio de encontro ao notificante, que tentou desviar mas que infelizmente acabou por colidir e com o impacto o notificante veio ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -08452018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 15.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de Bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 28 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR
Notificante



Procedimento Policial: 01221.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Picero Justino dos Santos Junior CPF da Vítima: 007.393.614-65 Data do Acidente: 25/02/18.

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 18 de Setembro 2018

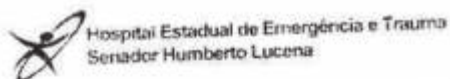
Local e Data

Picero Justino dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1065070



Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
259263	CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR			Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
14/10/1975	42 anos 4 meses 11 dias			58100
Mãe	Pai			
GILVANETE MORAIS DOS SANTOS	CICERO JUSTINO DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	ANDREIA SANTINO DE LIMA SANTOS - ESPOSO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo
83	988990547			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
CNH	00819040092			
Local de procedência	Tipo		UF	
SANTA RITA	MUNICÍPIO		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	SANTA RITA			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58302000	SANTA RITA	PB	JOÃO PESSOA
Número	Complemento	Bairro	
177	RUA ENEIAS FLAVIO SOARES DE MORAIS	MUNICÍPIOS	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
25/02/2018 19:56:43	1000006168772	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	LP []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

CID

Tempo
01min

Imprimir





CAGEPA

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

PARA LUNTA, O LOM A CAGEPA,

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68260458

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CICERO JUSTINO DOS S JUNIOR
RUA ENEAS FLAVIO S MORAIS, 177 - PLANALTO SANTA
RITA PB 58301- 620

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.006.450.0110.000	001	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10S042549	15/04/2010	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
454		454	1	32	22/07/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAI/2018	1	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018	1	0	TURBIDEZ	79	80	80
MAR/2018	2	0	CLORO	79	80	80
FEV/2018	2	0	COL. TERMOT	0	0	0
JAN/2018	2	0	COR	20	50	50
DEZ/2017	2	0	COL. TOTAIS	79	80	80
MEDIA(M)	1		DADOS REFERENTES A: ABR/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 25/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:04:02

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

1 M3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

04/07/2018

Total a Pagar:

RS 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
27 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

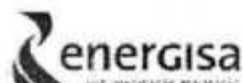
3180451876

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Balcão para serviços pagamento da rede elétrica da energia elétrica : Nº 012.740.077



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br. 230, Km. 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-430
 CNPJ 06.095.183 / 0601-40 Insc. Est. 15.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
 JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

20/09/2018

CONSUMO

192

VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br

DESTINATÁRIO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

MATRÍCULA

1698358-2018-09-6

PROVIDÊNCIA S/A
 08 OUT. 2018
 PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. CENSO 10 - CNO. EMISSOR 10 1004562 SSP PB
	CITY 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	FORMAÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	PERMISSÃO ACC CALHAJA EXCESSO 30 30 30
Nº SERIADO 00724153162	VIGÊNCIA 10/11/2014 1ª HABILITAÇÃO 06/04/1989
OBSERVAÇÕES	
 ATUALIZAÇÃO DO PORTFOLIO	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014
 60378988469 PB029545609	

COMPREY PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2013

PROTOCOLO

AC. JOAO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 Fosé Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536024/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bicero Justino dos S. Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 007.393614/65, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
Bicero Justino da S. Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.393614/65, 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 Agente F. José Costa Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Trangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98663 4900</u>

João Pessoa 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 OUT. 2018
PROTOCOLADO

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

NOME
CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. INF. SOC. BR
1691746 SSP PB

CPF
007.393.614-65 DATA NASCIMENTO
14/10/1975

RELAÇÃO
CICERO JUSTINO DOS SANTOS
GILVANETE MORAIS DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CATIVA
A3

Nº REGISTRO
00619040092 VALIDADE
14/03/2021 1ª EMISSÃO
10/09/1999

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1275585576

OBSERVAÇÕES

Cicero Justino dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
16/03/2016

Antônio Chaves Souza
ASSINATURA DO EMISSOR 46416959546
PB032297190

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1275585576

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

27 SET. 2013

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 00432211496

DETRAN - PB Nº 013747716457
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD-RENAVAM 0048031665-1 ILN-TRC 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

CPF / CNPJ 00739361465 PLACA OFG1498/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2ND0910CR018602

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/XRE 300 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA UNICA VENC COTA UNICA 00/00/0000 1º VENC / COTAS

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/08/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL SANTA RITA-PB DATA 06/09/2017

36994 42676

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O
TRANSPORTADAS OU NA

PB Nº 013747716457

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 0800

VIA 1 CPF / CNPJ 00739361465

RENAVAM 00480316651 HONDA/XRE

ANO FAB 2012 CAL LARE 9 9C2ND0910

PRÊMIO TARI

FNS (R\$) ***** DENATIAN (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO

PAGAMENTO S COTA UNICA PARCE

SEGURADORA LI
CNPJ 09.249.608

42676-1140044-20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180451876 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PÉ:FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180451876 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO.
FRATURA DO 2º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PÉ-FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Clécio Justino dos Santos Junior.
brasileiro(a), estado civil casado., profissão
autônomo, CI RG nº 1698746,
CPF/MF nº 007.393.614-65, residente e domiciliado(a) à Rua
Onofre Flávio S. Chaves, 177 Planalto,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58301-620, telefone
(83)99342.1170, (83)98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Santa Rita - PB, 17 de agosto de 2018

JOSÉ EDUARDO
DA SILVA

Clécio Justino dos Santos Junior

OUTORGANTE



OUTORGADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
e Documentos Públicos e Privados
CÍCERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR



Em test. da verdade. Santa Rita - PB 17/08/2018 10:43:17
Geriâne Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta
[2018-006419] JEM: 68 19 48 FAPENHS 0,28 FEPJ:HS
SELO DIGITAL: AN24165-1901
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355431/18

Número do Sinistro: 3180451876

Vítima: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

CPF: 007.393.614-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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: 25/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000115610-5

Nr. da Autenticação 2E01C104A7F6E0DB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355431/18

Vítima: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

CPF: 007.393.614-65

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR : 007.393.614-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180451876 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PÉ:FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros