
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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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. Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Cícero Justino dos S. Júnior | 007 393614 65 | Receuso |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Onzeas Flávia S. Júnior | 177 | |
| Bairro | Estado | CEP |
| Planalto | PB | 58301-620 |
| Email | Telefone (DDD) | |
| | (83) 9863-4900 | |

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"/> RECUSO 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 | |

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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

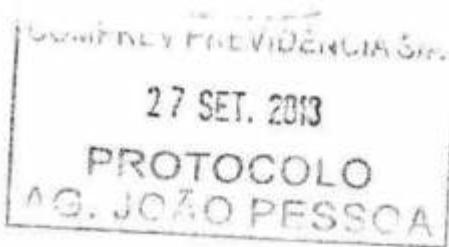
Local e Data

Cícero Justino dos S. Júnior

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 integra: 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 Flávio 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: Vinicio 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: Vinicio 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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de junho de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR

Noticiante

27 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 **Edílio Justino dos Santos Júnior** CPF da Vítima **007.393.654-65** 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 atende 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 Pessoca 18 de Setembro 2018
Local e Data

27 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOCA

Edílio Justino dos Santos Júnior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

João Pessoca
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cinz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sernamby Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1065070



Identificação do paciente

| | | | | |
|---|---|--------------|----------|---|
| ID 259263 | Nome CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 14/10/1975 | Idade 42 anos 4 meses 11 dias | Estado civil | Religião | Prontuário 56100 |
| Mãe GILVANETE MORAIS DOS SANTOS | | | | Pai CICERO JUSTINO DOS SANTOS |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) ANDREIA SANTINO DE LIMA SANTOS - ESPOSO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988990547 | DDD Fixo | | Fone Fixo |
| Tipo documento CNH | Número documento 00819040092 | Nº Crs | | |
| Local de procedência SANTA RITA | Tipo MUNICÍPIO | | | UF PB |
| Email | Naturalidade SANTA RITA | CBO/R | | |

Endereço

Endereço: **Município de residência: SANTA RITA** UF: **PB** Logradouro: **JOÃO PESSOA**
 CEP: **58302000** Número: **177** Complemento: **RUA ENÉIAS FLÁVIO SOARES DE MORAES** Bairro: **MUNICÍPIOS**

Admissão

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

Indicadores e Transporte

| Indicadores e Transporte | | | | |
|--------------------------|----------------|--|--------------------|--------|
| Caso policial | Plano de saúde | | Veio de ambulância | Trauma |
| Não | Não | | Não | Não |
| Meio de transporte | | | Quem transportou: | |
| AMBULÂNCIA, BOMBEIROS | | | | |

Giulia Vitale

Sinais Vitais

Exames complementares

Exames complementares: Urina [] TCO [] Litio [] ECG [] Ultrasonografia []

ANSWER

28

Diagnóstico

Tempo
9 min

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Lecce 1997

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Címe, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA LIGAR A O COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68260458

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTÁ 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 | Público | |
| 003.006.450.0110.000 | 00-0 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | | Situação Água | Situação Esgoto | |
| Y10S042549 | 15/04/2010 | EXT LACR LIGADO | | POTENCIAL | | |
| ANTERIOR | | ATUAL | | CONSUMO (MB) | | NUM DE DIAS |
| 454 | 454 | 1 | 32 | 22/07/2013 | | |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS. | | | | | | |
| NAI/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

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA | 1 MB | 37,91 |
| ESGOTO | | |

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

VENCIMENTO: 04/07/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

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

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEH JOGO GANHO"

CONTRATO DE FIDUCIAÇÃO
27 SET. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOAS

3180451876

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bolso para simples pagamentos da nota fiscal/cupom de energia elétrica - Nº 012.740.077



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-430
CNPJ 59.095.183 / 0801-46 Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
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

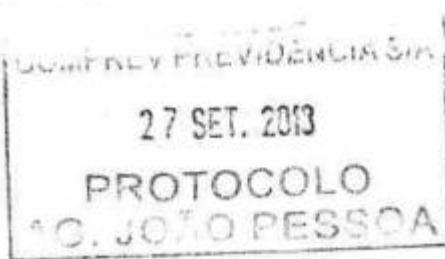


ENTRENE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA |
|------------|---------------|-------------------|
| 27/09/2018 | R\$ 178,94 | 1698358-2018-09-6 |





27 SET. 2013
PROTOCOLO
12.º J.º 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cícero Justino idor S. Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.393.614-65 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Cícero Justino idor S. Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.393.614-65 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 | Rua Adjente F. José Costa Duarte | Número | 157 | Complemento | Sala 06 |
| Bairro | Changabeira | Cidade | João Pessoa | Estado | PB |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | | CEP | 58056-384 |

Telefone celular (DDD) (83) 9 8663 4900

João Pessoa, 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

08 OUT. 2018
PROTOCOLO
CUMPREENDIMENTO DE SISTEMA

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

INTERPRINT LTDA
VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
12755855576

| | | |
|--|--|------------------------------|
| HOME CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR | DOC. IDENTIDADE / ORG. INF. 204-18 1691746 SSP PB | |
| CPF 007.393.614-65 | DATA NASCIMENTO 14/10/1975 | |
| FILIAÇÃO CICERO JUSTINO DOS SANTOS GILVANETE MORAIS DOS SANTOS | | |
| PERMISSÃO [REDACTED] | ACD [REDACTED] | CACHAS AB |
| Nº REGISTRO 00619040092 | VALIDADE 14/03/2021 | 1ª HABILITAÇÃO 10/09/1999 |

COMENTÁRIOS
Cicero Justino dos Santos Júnior
ASSINATURA DO PORTADOR

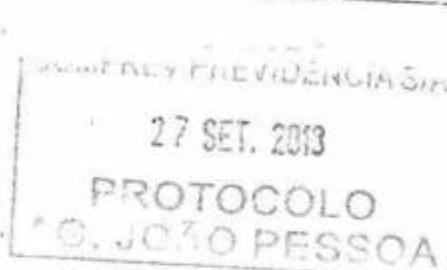
LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/03/2016

Antônio Chaves Souza
Assessoria Técnica
ASSINATURA DO EMISSOR

46416959546
PB032297190

DETRAN-PB (PARAIBA)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|
| LACRE | | DETAN - PB | | Nº 013747716457 | |
| | | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | PRT 20170000350660-0 | |
| VIA | | CÓD. RENAVAM | | R.N.T.R.C. | |
| 1 | | 0048031665-1 | | EXERCÍCIO | |
| 0043211496 | | NOME | | | |
| | | CICERO JUSTINO DOS SANTOS JUNIOR | | | |
| 0043211496 | | CPF / CNPJ | | PLACA | |
| | | 00739361465 | | OFG1498/PB | |
| PLACA ANT / UF | | CHASSIS | | | |
| NOVO PB | | 9C2ND0910CR018602 | | | |
| ESPECIE TIPO | | COMBUSTÍVEL | | | |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | | GASOLINA | | | |
| MARCA / MODELO | | ANO FAB | | ANO MOD | |
| HONDA/XRE 300 | | 2012 | | 2012 | |
| CAP / POT / CIL | | CATEGÓRIA | | COR PREDOMINANTE | |
| 2 P/291 /CI | | PARTIC | | VERDE | |
| COTA UNICA | | VENC. COTA UNICA | | VENC / COTAS | |
| | | 00/00/0000 | | 1 ^o | |
| FAIXA IPVA | | PARCELAGEM / COTAS | | 2 ^o | |
| ***** | | 0 | | 3 ^o | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | | IOF (R\$) | | PRÉMIO TOTAL (R\$) | |
| ***** | | ***** | | SEGURO B P A G O 23/08/2017 | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO | | | | | |
| NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA | | | | | |
| 0 | | | | | |
| SANTA RITA-PB | | LOCAL | | DATA | |
| 36994 | | | | 06/09/2017 | |
| | | | | | |
| | | <i>Aracelis</i> | | | |
| | | Agenorino Vilela da Silva | | | |
| | | Agente de Trânsito - 01/00148 | | | |
| | | | | 42676 | |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS-PES
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O
TRANSPORTADAS OU NÃO

PB Nº 013747716457

ESTE É O SEU BILHETE DE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora.com.br
SAC DPVAT 0800

VIA CPF / CNPJ

1 00739361465 RENAVAM

00480316651 HONDA/XRE

ANO FAB 2012 CAL. TABE 9 9C2ND0910

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

FNS (R\$) *****

DETRAN (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PAGAMENTO

PARCELA

SEGURADORA LÍ

CNPJ 09.249.608/0001-01

42676-1140044-20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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:

Justino dos Santos Junior, brasileiro(a), estado civil casado, profissão autônomo, CI RG nº 1695746, CPF/MF nº 007.393.614-65, residente e domiciliado(a) à Rua Onésio Flávio S. Alves, 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.

22 SET. 2013

PROTOCOLO

Santa Rita - PB, 17 de agosto

de 2018

~~100~~  Visio futurae dei sancte Iun

OUTORGANTE



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

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

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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 **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
JUNIOR

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:

