



Número: **0840086-36.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

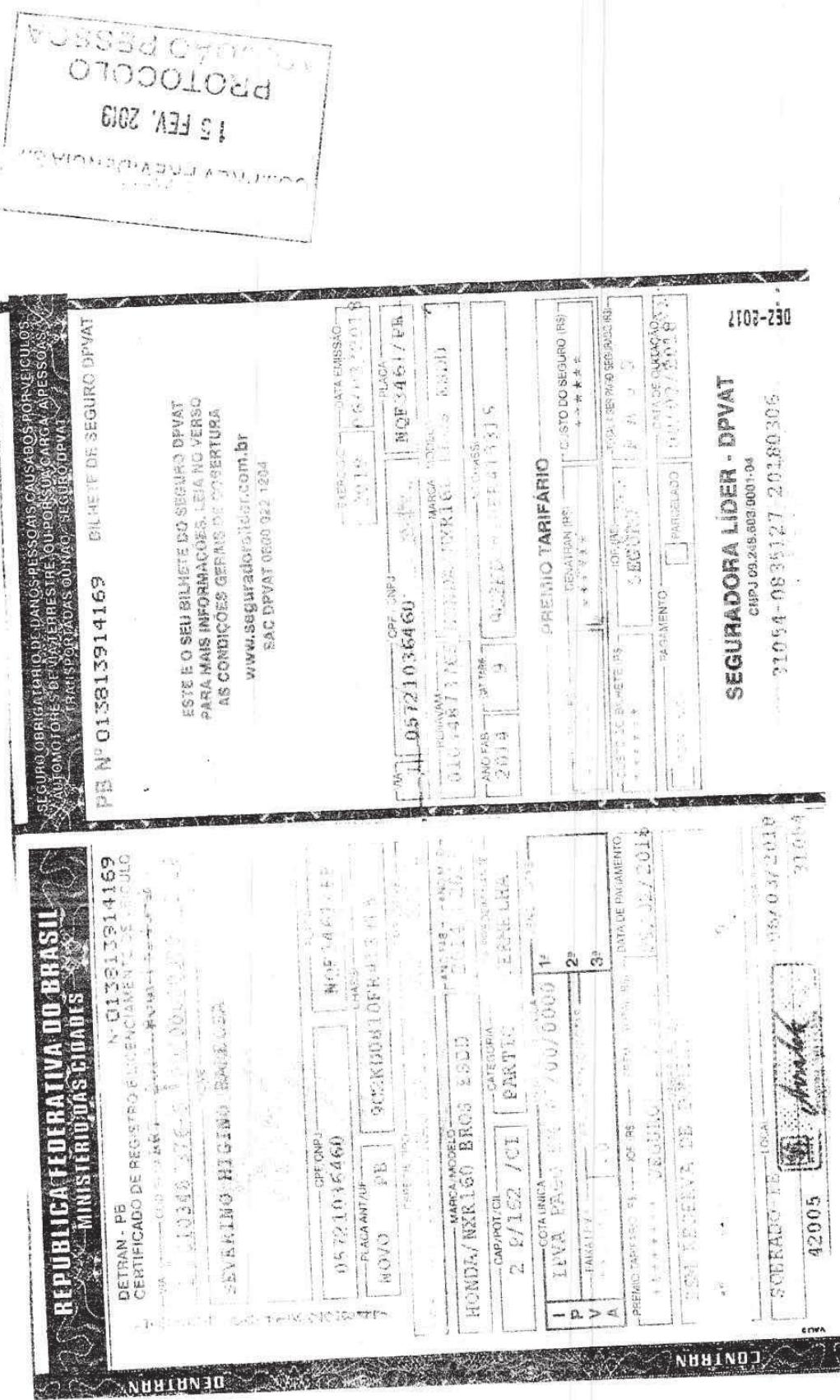
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CACILDO DA SILVA BATISTA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31789 008	25/06/2020 10:19	<a href="#"><u>2727734_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190139002      **Cidade:** Sobrado  
**Vítima:** CACILDO DA SILVA BATISTA      **Data do acidente:** 14/07/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA. P7/8/9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





## CERTIDÃO

Nº. 1583/2018

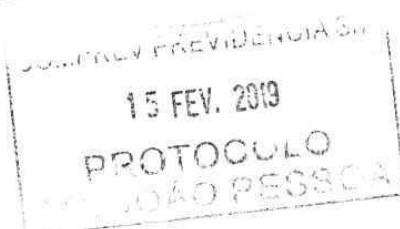
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 144756 e Prontuário nº 2018.07.001817 pertencentes a **CACILDO DA SILVA BATISTA** que foi atendido dia 14/07/2018 às 22H55min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura bimaleolar de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/07/2018 com alta médica dia 26/07/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de novembro de 2018

*Suelio Moreira Torres*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
IMPLEXO 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: 144756 Atd: Nao Regulada  
Data: 14/07/2018  
Hora: 22:55:12  
Repcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S<sup>u</sup>  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CACILDO DA SILVA BATISTA  
CNS: 700506316144458 Sexo: M IDENTIDADE: 3030107 Fone: 991676555  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO AREIA VERMELHA,00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF :PB

Mae: MARIA DO SOCORRO DA SILVA BATISTA Pai: JOSE CESARIO BATISTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Re.: CACILDO DA SILVA BATISTA

Tel / Doc. Responsavel: 991676555 / IDENTIDADE: 3030107

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXMOTO- AS 20:00

Vitima de violência por: SOBRADO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

BSG: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

rc. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Q. da Principal

[ ] Vomito

TRAUMA EM MID.

Observacao

15 FEV. 2019

PROTÓCOLO

(MOPA)

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

Moura A. 14/07/2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

## PROCEDIMENTO REALIZADO

## DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/07/19

Nome: Cecília da Silva Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Pronutário: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Dra. Sônia M. T. W. S.

HDA: Após exames normais

Normal

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**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: *fx d.mais doar tb*Conduta: *Iniciar DI 400 mg dia.*

Moura, Antônio Felinto  
 FENMED id: 0702035511  
 Data: 2021/07/21/09:41:11





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Cecílio da Silva				Registro:	
Idade: 33	Sexo: M	Cor:	Clinica: HEP	EMP:	LR:
Data: 23/01/18	Cirurgião: Dr. Evandro			1º Assistente: R. Dr. Eduardo	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fractura hirnaleolar de fornecido à crista					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
Onco					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
RAFI					
					15 FEV. 2013
					PROTOCOLO
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descriva:			
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: Recinto em DPH sob anestesia

- Asepsia e antisepse
- Apreciação da causa causadora exposta

Incisão: Lateral no ING(OD) +  
rugido medial (ODC)

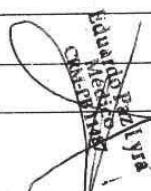
Achados: Fratura de malolo lateral e  
malolo medial de fomozelos direito

Conduta: Redução aberta + fixação  
interna com placas f de cano 8 furos  
e 6 parafusos + 1 fio de Kirschner  
2.0

- Sutura por placas
- evantra  
tala setor.

Fechamento:

OBS:



RJ + Dr. Suelio  
Moreira Torres

MÉDICO/CRM

Data: 23/04/18

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>CACILDO DA SILVA BATISTA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>25/07/11</u>	Cirurgião: <u>Dr. EVERTO</u>			1º Assistente: <u>Dr. Yury</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
<u>FA maleolo medial.</u>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<u>O mesmo.</u>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					
<u>osteosíntese definitiva</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 10

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE E P.D.H. SOB ANESTESIA  
GANOTER MENTO MEMBRO INFERIOR  
ANESTESIA + ANTITSEPSIA.  
A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉNEIS.

Incisão: LONGITUDINAL MEDIAL ENTRE PONOS CHAVES.  
ATE O FOCO DE FRACTURA

Achados: FX MÍACOLO MÉDIO.

Conduta: REALIZADA MANOBRA DE REDUÇÃO SOB ESCORPIA  
APÓSICIO DE 2 FIO KEL SOB ESCORPIA.  
LIMPETRA COM SFG. 940.  
DETINHAO GANOTE M.I.

Fechamento:  
SUTURA DE LIGAMENTO DELTOIDEO.  
SUTURA DE PELE.  
TALO SUTURA POPOLICA.

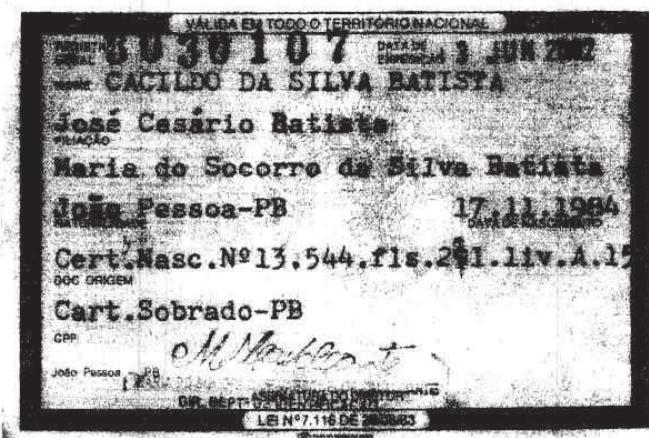
OBS:

DEN ALTA COM TALA.

Data: 25/07/18

  
Yury Cordeiro  
CRM-PB: 11507  
MEDICO/CRM





15 FEV. 2019  
PROTÓCOLO  
do PESO



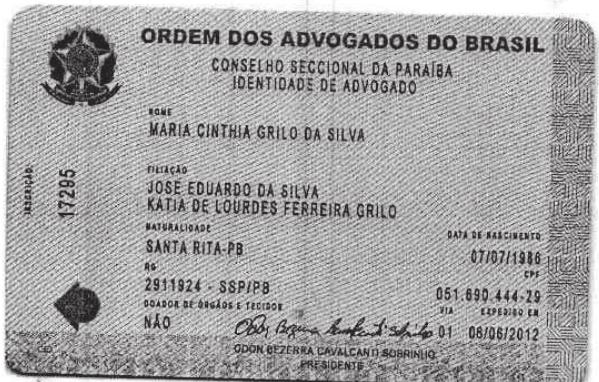


Caixa Econômica Federal  
SOCIAL E PREVIDÊNCIA  
15 FEV. 2013  
PROTÓCOLO  
DE PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 13



15 FEV. 2013  
PROTÓCOLADO  
PROTÓCOLADO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 14



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Maria Cinthia Grilo da Silveira  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 051690444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Cacilda da Silva Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 056643524, 18,  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cacilda da Silva Batista  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 056643524 / 18, 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 à Seguradora Lider-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>Agente Fiscal Conta Dura</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	<u>Sals 06</u>
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>cinthia_grilo@hotmail.com</u>			Tel.(DDD):	<u>83 918812056</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 14/03/19

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

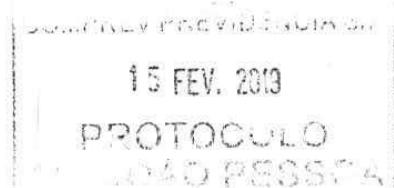
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Higino Barbosa,  
RG nº 2499474, data de expedição 01/02/1994,  
Órgão SOPB, portador do CPF nº 057.210.364-60, com  
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de  
Piánaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
56º Centro Areia Vermelha, nº 512,  
complemento Lote Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Facundo da Silva Bezerra cujo o condutor era  
Facundo da Silva Bezerra.

Veículo: MOTOCICLERA  
Modelo: HONDA NXR 160 BADES GD  
Ano: 2014/2015  
Placa: NAP 3461-10  
Chassi: 9CERD0810FR413315  
Data do Acidente: 14/07/18  
Local e Data: João Pessoa, 07 fevereiro de 2019.

Severino Higino Barbosa  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





TIM Celular S.A.  
Av. Prés. Epitácio Pessoa, 3160-SL6  
Tombazinho - João Pessoa - PB  
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

Página 1 de 6

R\$ 49,90

VENCIMENTO  
10/11/2018

EMISSÃO: 19/10/2018  
POSTAGEM: 29/10/2018  
FATURA: 3559269888

CASSIO ASSIS ESPINOLA  
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA  
JAGUARIBE  
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

### IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

### RESUMO DA SUA CONTA DE 19/SET A 18/OUT

#### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

##### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
<b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)</b>	Ilimitado	481m06s	1	30	19/09 a 18/10	R\$ 49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/09 a 18/10	Incluído
					<b>Total de Mensalidades</b>	<b>R\$ 49,90</b>

##### CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	37m18s	23	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	429m54s	227	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos	-	02m06s	1	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	11m48s	2	-	-	0,00
					<b>Total de Chamadas Dentro da Rede TIM</b>	<b>0,00</b>

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br). Central de Atendimento: 10341

### CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A. ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 0,23  
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 FUNTEL: R\$ 0,12  
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%  
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom 9,25%

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)  
Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

Em atendimento à Lei 12.741/2012  
As contribuições ao FUST [1%] e FUNTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE  
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 00000000165481214012	MÊS DE REFERÊNCIA OUT/2018	DATA DE EMISSÃO 19/10/2018	DATA DE VENCIMENTO 10/11/2018	VALOR R\$ 49,90
--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00355926988 - 5 80119257526 - 5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Nº de identificação do documento: 3559269888

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscalização da Energisa Sistel - N° 019.400.532



ENERGISA PARAÍBA - 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. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

CACILDO DA SILVA BATISTA  
SITAREIA VERMELHA 33  
SOBRADO

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/851033-1**

#### REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2019

29/01/2019

88

05/02/2019

R\$ 47,61

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CACILDO DA SILVA BATISTA

Roteiro: 18-264-783-7850

83600000000-7 47610054000-6 08510332019-9 01700264019-5



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

05/02/2019

R\$ 47,61

851033-2019-01-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>

Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 18





contato com  
Alessandra  
(acolhimento)  
Ortetrâuma  
22h33m

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SA PÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE

## HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

### Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Lucas Joaquim Data: 14/02/20  
End.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Sobral  
Unidade de origem: \_\_\_\_\_

#### Motivo de Encaminhamento

ENCAMINHAMENTO PORTO ALEGRE  
TOMO JON TROVOSA CN N. 571000  
Trovoa impossibilitado de se  
deslocar para o  
Hospital - 10  
Sobrante passageiro Trovoa  
agora  
M. Trovoa  
Medicamento Administrado Paracetamol 500 mg  
Dr. Suelio Moreira Torres Tel. 803000, 10:19

Referenciado para: Dr. Suelio Moreira Torres

#### Contra referência

Motivo: encaminhar o paciente Trovoa

Contra referência para: Dr. Suelio Moreira Torres

PROTÓCOLO  
DE ATENDIMENTO PESSOAL

15 FEV. 2019

Dr. Marcelo S. de Carvalho  
Médico  
CRM: 8597/PB  
CNS: 080016292189248

Assinatura/Carimbo médico





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



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00909.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00909.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:08 horas do dia 24 de janeiro de 2019, 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 Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cacildo da Silva Batista**, CPF nº 056.643.524-18, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria do Socorro da Silva Batista e José Cesário Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Areia Vermelha, Nº 33, bairro Centro, tendo como ponto de referência Ginásio, na cidade de Sobrado/PB, telefone(s) para contato (83) 99394-5209.

### Dados do(s) Fatos:

Local: Manoel de Sales, Prefeitura, Sobrado/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/07/18 21:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2014/2015 de cor vermelha, placa: NQF3461/PB, Chassi nº 9C2KD0810FR413315, REGISTRADO EM NOME DE Severino Higino Barbosa-CPF nº 057.210.364-60 amigo do notificante; QUE seguia normalmente em sua mão quando um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem condutor da mesma; QUE segundo o notificante este cruzou a rua sem ter a devida atenção e acabou por colidir com o veículo (moto) do notificante, onde ambos vieram a cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido para o Hospital Dr. Sá Andrade em Sapé PB e encaminhado para o hospital em João Pessoa PB conforme ficha de encaminhamento; Que devido ao fato e lesionado conforme CERTIDÃO Nº 1583/2018, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 26/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2019.

*[Signature]*  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

*[Signature]*  
CACILDO DA SILVA BATISTA  
Noticiante

15 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00909.01.2019.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	05664352418	Gacilde da Silva Batista	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Gacilde da Silva Batista		CPF:
Profissão:	Agricultor		Número:
Endereço:	Rito Arua Vermelha		Complemento:
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Sobradinho
E-mail:	Eunisia_gnile@hotmail.com		
Estado:	M	CEP:	83988812056
Tel.(DDD):			

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

### DADOS CADASTRAIS

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0922  CONTA: 37266  2  
 (Informar o dígito se existir)  CONTA: 37266  2  
 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_   
 (Informar o dígito se existir)  CONTA: \_\_\_\_\_   
 (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.

### 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE									
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo				
Data do óbito da vítima:									
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.									

Local e Data: Local e Data: Nome: CPF:	TESTEMUNHAS 1º   Nome: CPF:  Assinatura
---	---

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gacilde da Silva Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA**

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00369/00370 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13965984



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190139002** Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 14/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA**

Informamos que o pagamento da inden

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Durante o processo de graduação completa a  
Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar:  $12.50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 1.687,50

Recebedor: **CACILDO DA SILVA BATISTA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000037266-2

Tipo: CONTA POUPANCA

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Eletro Brava



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Nº 31789008 - Pág. 25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Fevereiro de 2019**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190139002 Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

**Data do Acidente:** 14/07/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 13963916



01785/01786 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Núm. 31789008 - Pág. 26

# 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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CACILDO DA SILVA BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000037266-2

---

Nr. da Autenticação E4D360BFA7736650



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 27

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057966/19

**Vítima:** CACILDO DA SILVA BATISTA

**CPF:** 056.643.524-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/07/2018

**Titular do CPF:** CACILDO DA SILVA  
BATISTA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

#### CACILDO DA SILVA BATISTA : 056.643.524-18

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](http://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: 15/02/2019  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 28

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057966/19

Número do Sinistro: 3190139002

Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA

CPF: 056.643.524-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: CACILDO DA SILVA  
BATISTA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29**

Declaração Circular SUSEP 445/12

**CACILDO DA SILVA BATISTA : 056.643.524-18**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 14/03/2019  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157, Mangabeira, João Pessoa-Paraíba.  
(83) 98663-4900/ (83) 98660-2858

## PROCURAÇÃO

<b>OUTORGANTE:</b>	<u>Cacilda da Silva Batista</u>		
Estado Civil:	<u>União Velávia</u>	Profissão:	<u>Agricultor</u>
Identidade nº	<u>30 30107</u>	CPF:	<u>056 643 524 - 18</u>
Endereço:	<u>Sítio Areia Vermelha, 33, Pento</u>		
Cidade:	<u>Sobradinho</u>	CEP:	<u>58342-000</u>
E-mail:		Telefone/Whatsapp:	<u>83 9888 12052</u>

**OUTORGADO(S):** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, OAB/PB 17295, com escritório profissional sito a Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, n.º 157, Sala Mangabeira II, João Pessoa/PB, CEP: 58056-384, e-mail: duarteesilvaadvogados@outlook.com

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário  
Cacilda da Silva Batista, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



João Pessoa/PB, 01/02/2015

Cacilda da Silva Batista

**OUTORGANTE**

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



**Feliciano da Silva**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:  
**CACILDA DA SILVA BATISTA**  
Em test. da verdade, Sape-PB 01/02/2019 14:17:38  
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente  
[2019-000936]EMOL:R\$ 99,91 FARFEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98  
SELO DIGITAL: AID08127-UVT4  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Severina Lúcia M. Feliciano  
SEVERINA LÚCIA MACHIROS FELICIANO SA  
Tabeliã Substituta  
Maria de Lourdes Castro Gusmão  
Escrevente  
Rue Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1748 - Centro  
Paraíba - CEP 58.340-000 Fone/Fax: (83) 3283-2341  
fone: (83) 3283-2341/9313-3163  
CPF: 58340-000-Sape-PB

15 FEV. 2019

PROTOCOLO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190139002      **Cidade:** Sobrado  
**Vítima:** CACILDO DA SILVA BATISTA      **Data do acidente:** 14/07/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA. P7/8/9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510191036100000030479198>  
Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 31