



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 GRILO DA SILVA (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 31789008 | 25/06/2020 10:19 | 2727734_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 013813914169
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 05721036460
NOVO
MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 EROS 2000
CAP/POT/CIL: 2 2/152 /CI
CATEGORIA: PARTIO
COTA ÚNICA: LINA PAGA R\$ 2.700/0000
DATA DE PAGAMENTO: 05/03/2019

SEVERINO HIGINO BALALÇA
CPF: 05721036460
DATA EMISSÃO: 05/03/2019

42005

PROTÓCOLO
15 FEV. 2019
CONTINUA EMBALAGEM

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES - BEVE FERREIRE JOURDAN - CARGA APESOAIS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013813914169 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

05721036460
CPF: 05721036460
PLACA: 05721036460
MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 EROS 2000
ANO FAB: 2014
COTA ÚNICA: 2.700/0000
PREMIO TARIFARIO: 2.700,00
CUSTO DO SEGURO (R\$): 2.700,00
CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,00
TOTAL PAGO SEGURO (R\$): 2.700,00
DATA DE EMISSÃO: 05/03/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.245.803/0001-04
31094-0835127 20180305

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190139002 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **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 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |





CERTIDÃO

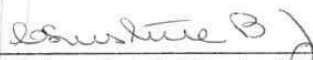
Nº. 1583/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 bimaléolar 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144756 Atd: Nao Regular
Data: 14/07/2018
Hora: 22:55:12
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CACILDO DA SILVA BATISTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001817

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:

Reg.: CACILDO DA SILVA BATISTA

Tel Doc. Responsavel: 991676555 / IDENTIDADE: 3030107

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

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

Vitima de violência por: SOBRADO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

ISO:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

rc. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Q. Principal

TRAUMA EM MID.

Observacao

15 FEV. 2019
PROTOCOLO
1043 2019

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Moucho André Faria
TOM. MED. - 141.070202 - 05



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Cacim da Silva Data da Admissão: 15/07/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____
QPD: Do e para M 1W7
HDA: Após internar no hospital
10/15
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

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



Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____

☐ HAS ☐ DM ☐ TB ☐ HEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

| HAS | DM | TB | NEO |
|-----|----|----|-----|
|-----|----|----|-----|

Dislipidemias

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: F_2 B. MALISSOLAS A TW/2-19

Conduta: buona Di 775 cor. 1 Felicità 1

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

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

Número do documento: 20062510191036100000030479198

Num. 31789008 - Pág. 7

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em DDA sobre a tábua
- Assepsia e antissepsia
- Aplicação de campos antissépticos estéril

Incisão: Lateral em INQ @ +
surgimento medial INQ @

Achados: Fratura de metacarpo lateral e
metacarpo medial de terceiro dedo

Conduta: Redução aberta + fixação
interna com placa 1/2 de canal 8 furos
e 6 parafusos + 1 fio de Kirschner

- Sutura por pontos
curativos
tala Peter.

Fechamento:

OBS:

Data: 23/07/18

Ednaldo Moreira
CRM 10.123/18

MÉDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------|----------|--------------------------------|-----|
| Nome: <u>CACILDO DA SILVA BATISTA</u> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: <u>25/07/18</u> | Cirurgião: <u>Dr. EVERTON</u> | | | 1º Assistente: <u>Dr. YURY</u> | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipo Anestesia: | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>FX MALAROLA MEDIAL</u> | | | | <u>S. 82</u> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>O mesmo</u> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>OSTEOTOMIA DEFINITIVA</u> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 () Sim 2 (✓) Não | | Descreva: | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 () Sim 2 (✓) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

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



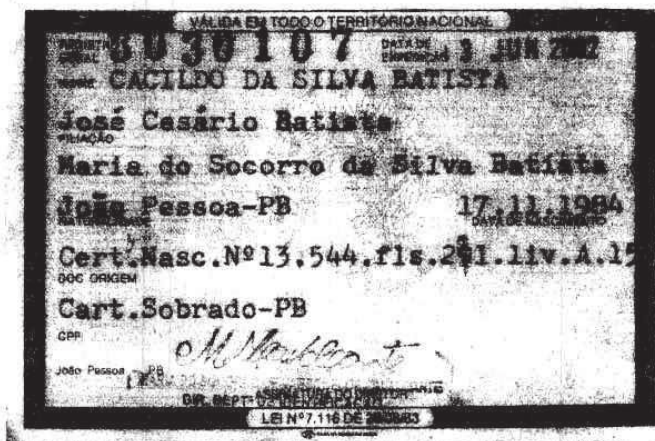
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|---------------------------|--|
| Posição e Preparo: | PACIENTE EM DDH. SOB ANESTESIA GARGOTA MENTO MEMBRO INFERIOR ASSEPSIA + ANTISSEPSIA. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIS. |
| Incisão: | LONGITUDINAL MEDIAL EM TAZ POR PHANOS ATE O TOCO DE FRATURA |
| Achados: | FX MILECOLO MEDIAL |
| Conduta: | REALIZADO MANEJO DE REDUÇÃO SOB ESCORVA APOSIÇÃO DE 2 FIO KC SOB ESCORVA LIMPEZA COM SFO 940. DESTINADO GARGOTE M I. |
| Fechamento: | SUTURA DE LIGAMENTO DELTOIDE SUTURA DE PELLE TALA SINO POPALICA |
| OBS: | DAR ALTA COM TALA |

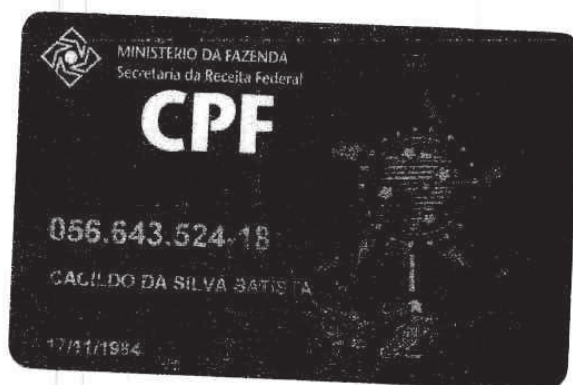
Data: 25/07/18

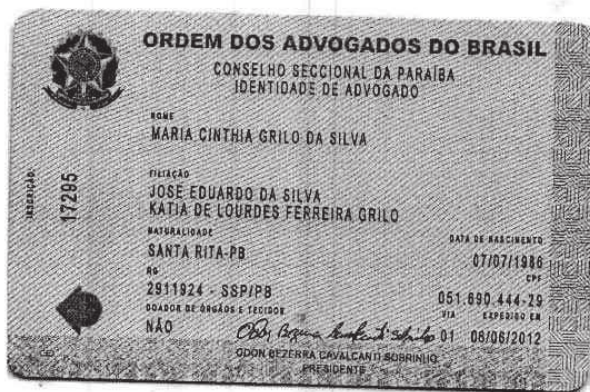
Yury Cordeiro
CRM/PB: 11507
MÉDICO/CRM

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











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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

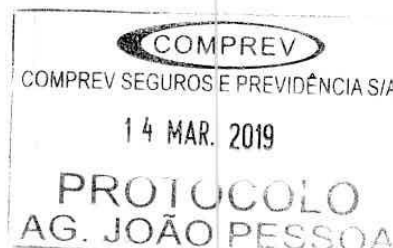
Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gilo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051690444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cacildo da Silva Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 056643524 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Cacildo da Silva Batista
inscrito (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 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>Agente Fiscal Costa Duarte</u> | Número: <u>157</u> | Complemento: <u>Sala 06</u> |
| Bairro: <u>Mangabeira</u> | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u> |
| E-mail: <u>cinthia_gilo@hotmail.com</u> | CEP: _____ | |
| | Tel. (DDD): <u>33 9183 12056</u> | |

Local e Data: João Pessoa - PB 14/03/19

Maria Cinthia Gilo da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Higinio Barbosa,
RG nº 2499474, data de expedição 01/02/99,
Órgão 50700, portador do CPF nº 05721036460, com
domicílio na cidade de Sobradinho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Areia Vermelha, nº 512,
complemento Linha Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Racildo da Silva Brito cujo o condutor era
Racildo da Silva Brito.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 160 ADOES GO
Ano: 2014/2015
Placa: NBF 3461 10
Chassi: 9C2R20310FR413315
Data do Acidente: 14/07/18
Local e Data: João Pessoa, 07 fevereiro de 2019.

Severino Higinio Barbosa
Assinatura do Declarante

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



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1743
Pauzeira - CEP: 58340-000 - Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
Tabela

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(s) Firmas(s) de:
SEVERINO HIGINIO BARBOSA
Em test. da verdade, Sape-PB 01/02/2019 14:11:46
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
[2019-0009357]EML:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AID08126-J4U4
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

CARTÓRIO ÚNICO
Severina Lúcia M. Feliciano Sá
Tabelião Substituta
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1743
Fone: (83) 3283-2341/9313-3163
CEP 58340-000 - Sape-PB

15 FEV. 2019

PROTOCOLO

2019 PESSPA



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



Página 1 de 6

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/11/2018

EMIÇÃO: 19/10/2018

POSTAGEM: 29/10/2018

FATURA: 3559269888

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

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

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

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

Serviços TIM S.A. VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90

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

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

TIM Portal CONTEUDO GOLD

| FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR |
|------------------------------|---------|------------|---------|---------------|--------------|
| Ilimitado | 481m06s | 1 | 30 | 19/09 a 18/10 | 49,90 |
| - | - | 1 | 30 | 19/09 a 18/10 | Incluído |
| Total de Mensalidades | | | | | 49,90 |

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 |
|---|---------|------------|---------|---------|-------------|
| - | 37m18s | 23 | - | - | 0,00 |
| - | 429m54s | 227 | - | - | 0,00 |
| - | 02m06s | 1 | - | - | 0,00 |
| - | 11m48s | 2 | - | - | 0,00 |
| Total de Chamadas Dentro da Rede TIM | | | | | 0,00 |

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. 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 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% | | | |

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST [1%] e FUNTEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

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 |



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

VIA BANCO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da rede distribuição da energia elétrica: N° 019.400.532



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CACILDO DA SILVA BATISTA
SIT AREIA 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



Assinatura aqui

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

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: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista

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

Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418

Profissão: Agricultor Endereço: Rio Arua Vermelha Número: 33 Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: _____

E-mail: emthia_gile@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

REDA MENSAL:

- ☒ 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) ☐ Itaiú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: 37 266 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Caetano da Silva Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

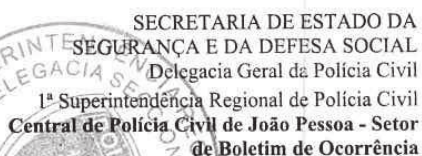
CPF: _____

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.

FP5.001 V001/2018



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

N° 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, 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 DRª 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, exeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 24 de janeiro de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

CACILDO DA SILVA BATISTA
Noticiante

15 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOAO PESSOA

Procedimento Policial: 00909.01.2019.1.00.401



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: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418
 Profissão: Agricultor Endereço: Rua Anna Vermelha Número: 33 Complemento: _____
 Bairro: Zona Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: _____
 E-mail: emthia_guilo@hotmail.com Tel.(DDD): 83 988812056

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

REDA MENSAL:

☒ 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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 37266

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, João Pessoa - PB 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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

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: 05664352418 Nome completo da vítima: Caetano da Silva Batista

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

Nome completo: Caetano da Silva Batista CPF: 05664352418

Profissão: Agricultor Endereço: Rio Arua Vermelha Número: 33 Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: Sobradinho Estado: PB CEP: _____

E-mail: emthia_gile@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

REDA MENSAL:

- ☒ 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: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 13/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Caetano da Silva Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

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.

FP5.001 V001/2018



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

Rio de Janeiro, 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 GRILO 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

00070185



Carta nº 13965984





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

Rio de Janeiro, 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 GRILO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CACILDO DA SILVA BATISTA

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%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 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 POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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 GRILO 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13963916



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



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 GRILO 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 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 GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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 GRILO 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 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 GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cacildo da Silva Batista
Estado Civil: União Estável Profissão: Agricultor
Identidade nº 30.30107 CPF: 056.643.524-18
Endereço: Sítio Areia Vermelha, 33, Centro
Cidade: Solânea CEP: 58342-000
E-mail: _____ Telefone/Whatsapp: 83 9888 12052

OUTORGADO(S): JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILO 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 Cacildo 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, 01/02/2019

x Cacildo da Silva Batista

OUTORGANTE

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

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de: CACILDO DA SILVA BATISTA

Em test.da verdade. Sape-PB 01/02/2019 14:17:38

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente

SELO DIGITAL: AID08127-UVTA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Renato Ribeiro Coutinho
Tabelião Substituto

Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro
João Pessoa - PB - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (83) 3283-2341/9313-3163

CPF: 58340-000-Sape-PB

15 FEV. 2019

PROTOCOLADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190139002 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CACILDO DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **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 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

