
Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000021517-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema do ASL: 3 - CPF de vítima: 467.957.744-49 4 - Nome completo da vítima: Claudete Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Santana da Silva 6 - CPF: 467.957.744-49
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Sítio Agua Fria 9 - Número: SN 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ave Rural 12 - Cidade: Nataloca 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-00 15 - E-mail: 15 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 21517 3

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.

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

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica do IML da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa brevia contencioso nem futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informe: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tem irmãos, informe: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e eu viro este cond. apresentando ciente, ainda, de que qualquer omisssão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB - 21/02/2020

Claudete Santana da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

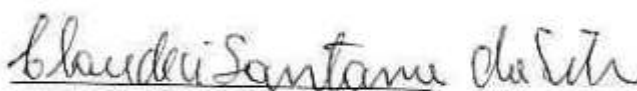
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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

João Pessoa/PB, 04 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema do ASL: 3 - CPF de vítima: 467.957.744-49 4 - Nome completo da vítima: Claudete Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Santana da Silva 6 - CPF: 467.957.744-49
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Sítio Agua Fria 9 - Número: SN 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ave Rural 12 - Cidade: Nataloca 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-00 15 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 21517 3

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.

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

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

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica do IML da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa brevia contencioso nem futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informe: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascituro(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e eu viro este cond. apresentando ciente, ainda, de que qualquer omisssão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB - 21/02/2020

Claudete Santana da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

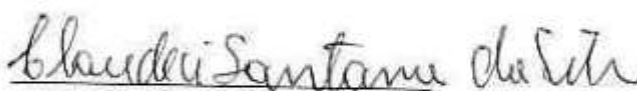
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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

João Pessoa/PB, 04 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000021517-1

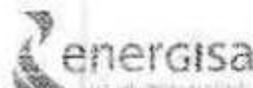
Nr. da Autenticação BF343CD32E13DB12

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento de pagamento sem valor fiscal

Número de controle - documento de pagamento sem valor fiscal - Nº 037.375.449



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 21 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-630
CNPJ 29.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.615.823-6

DADOS DO CLIENTE

CLAUDECI SANTANA DA SILVA
SIT AGUA FRIA S/N CASA
MATARACA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

15/01/2020

CONSUMO

187

VENCIMENTO

22/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/01/2020

Pagador: CLAUDECI SANTANA DA SILVA CNPJ/CPF: 467.957.744-49

SIT AGUA FRIA S/N CASA - AREA RURAL - MATARACA / PB - CEP 03000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
26249120010989092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-630

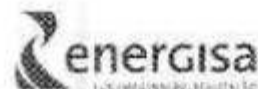
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para impên pagamento da rede fiscalizada de energia elétrica. Nº 937.641.260



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.018.823-0

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440308234773	001698281202011	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

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/815J0T5CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=16636>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 5.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Claudeci Sontona do Sêco inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744 / 49
do sinistro de DPVAT cobertura Imovel na Vítima Claudeci Sontona do Sêco
inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744 / 49, 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 no resíduo 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CPF: <u>38056 - 384</u>	Te (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

PH JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CC HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO EURITY
RUW, AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 255015 Atd: Nao Regulado
Data: 20/08/2019
Hora: 20:28:27
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA Num. de vezes atendido: 4
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1074905 Fone: 987901162 Num. Prentuario: 2017.09.002374
Natural: SUME/PB Data Nasc.: 09/11/1965 Id: 53 ano(s)
End.: RUA EMIDIO VIDAL, 457
Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF: PB
Mae: SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA Pai: EDVALDO MIRANDA DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 987901162 / IDENTIDADE: 1074905
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%: VAT em 2011

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

20.57 # em 60 min

Observacao

Paciente com historico de queda de caixa em pi (E). Noq TEE, de
marco, não se pode de concorrencia

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BEB, agudo, corado

Apresenta dor profunda + irrita profunda em tornozlo (E)

Diagnostico

#Ortopedia

Conduta

1. Analise ortopedica
2. ALTA em 60 min
3. Do tornozlo (E)

Prescricao

Horario da Medicacao

Paciente com historia
de queda de altura com
trauma e fratura de
peroneo proximal.

MD: Fr exposto T12 (E)

CD: Ao bloco Para HTO Cirurgica

Daniel R. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IM

Joelma Froninette S. Barros

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 20/09/19

Nome: Claudinei S. Silve.
 Prontuário: _____ Idade: 53 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1

QPD: _____

HDA: Do edema e deformidade
em tornozelo (E) de 3 dias por
acidente de moto

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

SME: ☒ Dor _____ [] Rigidez pós-reposou ☒ Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor ☒ Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
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: Fratura do TNR (E)

Conduta: Internação hospitalar

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 5/9/19

Dr. Roberto A. Santos
Cirurgião - Traumatológico
CRM-PB 1590

MÉDICO/CRM

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

1.074.905 - 2 VIA

21/10/2008

NOME

CLAUDECI SANTANA DA SILVA

FILIAÇÃO

EDIVALDO MIRANDA DA SILVA

SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SUMÉ - PB

09/11/1965

DOCT. ORIGINAL

CASAM N. 31209 PLS. 193 LIV. B-69

CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF

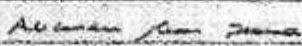
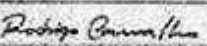
467.937.744-49

JURADO - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO	
CARTEIRÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	RG - BRASILIA - CDS - HABILITADO EM 2527715 SSP PS
	CNPJ 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	ENDEREÇO ALEXANDRE 12 ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	SEXO F COR B
CPF 01951268660	VALIDADE 14/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2002
ASSINATURA  ALEXANDRA CESAR DUARTE	
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014	
ASSINATURA  RODRIGO CUNHA 66588356744 92027919595	

894056231

894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094478 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

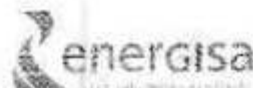
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento de pagamento sem valor fiscal

Número de controle - documento de pagamento de energia elétrica - Nº 037.375.449



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 21 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 29.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.615.823-6

DADOS DO CLIENTE

CLAUDECI SANTANA DA SILVA
SIT AGUA FRIA S/N CASA
MATARACA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1628369-9

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

15/01/2020

CONSUMO

187

VENCIMENTO

22/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/01/2020

Pagador: CLAUDECI SANTANA DA SILVA CNPJ/CPF: 467.957.744-49

SIT AGUA FRIA S/N CASA - AREA RURAL - MATARACA / PB - CEP 08000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Paga
26249120010989092	001628369202001	22/01/2020	R\$ 99,71	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

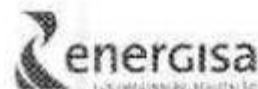
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para impên pagamento da rede fiscalizada de energia elétrica. Nº 937.641.260



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.018.823-0

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440308234773	001698281202011	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

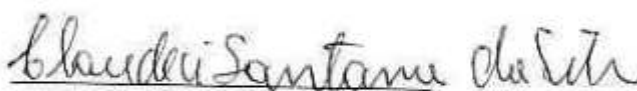
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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

João Pessoa/PB, 04 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01323.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01323.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Claudeci Santana da Silva**, CPF nº 467.957.744-49, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Biólogo, filho(a) de Severina Braz de Santana Silva e Edivaldo Miranda da Silva, natural de Sumé/PB, nascido(a) em 09/11/1965 (54 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Fria, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98640-6766.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Zona Rural, Próximo Ao Sítio do Srº Pedro Ribeiro, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 20/08/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

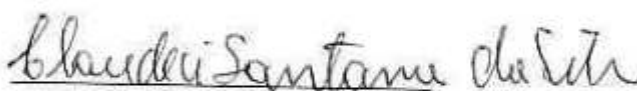
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/08/2019, POR VOLTA DAS 17H30MIN, ESTAVA PILOTANDO, PRÓXIMO AO SÍTIO ÁGUA FRIA, A MOTO DE MARCA-HONDA/XLR 125 ES, DE COR-VERMELHA, ANO-2002/2002, DE PLACA-MNY9696/PB, CHASSI-9C2JD17202R017121, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ DOMINGOS FERREIRA, CPF-294.954.074-00, QUANDO DERRAPOU NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, VINDO AO CAIR NO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA DE Nº 2534445, PARA O COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, SENDO DIAGNOSTICADO OCM FRATURA NO TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADA PELO DR. ROBERTO A. SANTOS, CRM-PB 1530.

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

João Pessoa/PB, 04 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01323.01.2020.1.00.401

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema do ASL: 3 - CPF de vítima: 467.957.744-49 4 - Nome completo da vítima: Claudete Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Santana da Silva 6 - CPF: 467.957.744-49
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Sítio Agua Fria 9 - Número: SN 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ave Rural 12 - Cidade: Nataloca 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-00 15 - E-mail: 15 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 21517 3

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.

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

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica do IML da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa brevia contenciosa e nem futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informe: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascituro(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e eu viro este cond. apresentando ciente, ainda, de que qualquer omisssão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB - 21/02/2020

Claudete Santana da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000021517-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sistema do ASL: 3 - CPF de vítima: 467.957.744-49 4 - Nome completo da vítima: Claudete Santana da Silva

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

5 - Nome completo: Claudete Santana da Silva 6 - CPF: 467.957.744-49
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Sítio Agua Fria 9 - Número: SN 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Ave Rural 12 - Cidade: Nataloca 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-00 15 - E-mail: 15 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Caixa Econômica
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 21517 3

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.

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

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

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica do IML da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa brevia contencioso nem futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tem filhos, informe: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tem irmãos, informe: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e eu viro este cond. apresentando ciente, ainda, de que qualquer omisssão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB - 21/02/2020

Claudete Santana da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094478

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000021517-1

Nr. da Autenticação BF343CD32E13DB12

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA MINERAL ST. AGUIAR nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATAPÁÇA - FRIM, Estado de(o) PARAIBA, Cep. 58292-000, portador(a) do Rg nº 1.074.905, SSP/PB e CPF nº 467.957.744-49

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Jose C. Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PB e CPF nº 046.508.754-71

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) _____, ocorrido em 28/08/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar **Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT**, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 04 de fevereiro de 2020

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Claudeci Santana da Silva

Outorgante
CPF Nº 467.957.744-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075351/20

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

CPF: 467.957.744-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CLAUDECI SANTANA DA SILVA : 467.957.744-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

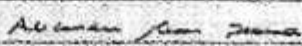
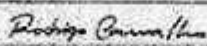
Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO	
CARTEIRÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	RG - BRASILIA - CDS - HABILITAÇÃO 2527715 SSP PS
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	ENDEREÇO ALEXANDRE 12 ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	SEXO F NACIONALIDADE BRASILEIRA COR D
PLACA 01951268660	VALIDADE 14/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2002
ASSINATURA  ALEXANDRA CESAR DUARTE	
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014	
ASSINATURA  RODRIGO CUNHA 66588356744 92027919595	

894056231

894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094478 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

1.074.905 - 2 VIA

21/10/2008

NOME

CLAUDECI SANTANA DA SILVA

FILIAÇÃO

EDIVALDO MIRANDA DA SILVA

SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SUMÉ - PB

09/11/1965

DOCT. ORIGINAL

CASAM N. 31209 PLS. 193 LIV. B-69

CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF

467.937.744-49

JURADO - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



PH JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CC HOSPITALAR MANOABEIRA GOV. TARCISIO EURITY
RUW, AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 255015 Atd: Nao Regulado
Data: 20/08/2019
Hora: 20:28:27
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLAUDECI SANTANA DA SILVA Num. de vezes atendido: 4
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1074905 Fone: 987901162 Num. Prentuario: 2017.09.002374
Natural: SUME/PB Data Nasc.: 09/11/1965 Id: 53 ano(s)
End.: RUA EMIDIO VIDAL, 457
Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF: PB
Mae: SEVERINA BRAZ DE SANTANA SILVA Pai: EDVALDO MIRANDA DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CLAUDECI SANTANA DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 987901162 / IDENTIDADE: 1074905
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%: VAT em 2011

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal 20:57 # em 60s Observacao

Paciente com historico de queda de caixa em pi (E). Noex TEE, de
mao, com o pé de canivete

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AO EXA ME

BEB, agudo, corado

Apresenta dor profunda + irrita profunda em tornozlo (E)

Diagnostico

#ortopedia

Conduta 1. Analise ortopedica

2. ALTA em 60s

3. Do tornozlo (E)

Prescricao

Paciente com lesao
de queda de altura com
trauma e fratura (E) em
punta profunda.

Horario da Medicacao

MD: Fr exposto T2 (E)

CD: Ao branco Por HTO Cirurgico

Daniel R. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM PB 7373

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IM

Joelma Froninette S. Barros

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 20/09/19

Nome: Claudinei S. Silve.
Prontuário: _____ Idade: 53 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1

QPD: _____

HDA: Do edema e deformidade
em tornozelo (E) de três me por
acidente de moto

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] 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-reposou ☒ Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor ☒ Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
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: Fratura do TNR (E)

Conduta: Internação hospitalar

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cláudio Jacinto de F. Silva</i>				Registro: <i>1111</i>	
Idade: <i>53a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>M</i>	EMP:	LR:
Data: <i>5/9/19</i>	Cirurgião: <i>Roberto Jacinto</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>F. de abd. com f. de abd. externo.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Ressecção de f. de abd. externo + f. de abd. externo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
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					

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 5/9/19

Dr. Roberto A. Santos
Cirurgião - Traumatológico
CRM-PB 1590

MÉDICO/CRM

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 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

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/815J0T5CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=16636>

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 5.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudeci Sotomaior do Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Imovel na Vítima Claudeci Sotomaior do Siqueira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.957.744 / 49, 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 no resiliência 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CPF: <u>38056 - 384</u>	Te (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO

Outorgante: CLAUDECI SANTANA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil DIVORCIADO, profissão BIOLOGO, residente e domiciliado à Rua FAZ. AGUA MINERAL ST. AGUIAR nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de NATAPÁÇA - FRIM, Estado de(o) PARAIBA, Cep. 58292-000, portador(a) do Rg nº 1.074.905, SSP/PB e CPF nº 467.957.744-49.

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Jose C. Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PB e CPF nº 046.508.754-71.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Pessoa, ocorrido em 28/08/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 04 de fevereiro de 2020

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Claudeci Santana da Silva

Outorgante
CPF Nº 467.957.744-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075351/20

Vítima: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

CPF: 467.957.744-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: CLAUDECI SANTANA DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CLAUDECI SANTANA DA SILVA : 467.957.744-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA