



Número: **0803600-12.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32592 249	23/07/2020 13:03	2736561_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 14036.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14036.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:11 horas do dia 09 de dezembro 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Luiz Gustavo Hipólito Silva Marcone**, CPF nº 708.232.024-88, RG nº 4341170 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Glaucyjane Hipólito da Silva Marcone e Jimmy Lima Marcone, natural de João Pessoa/PB, nascido (a) em 10/06/2001 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anisio Borges Monteiro de Melo, Nº 90, complemento casa , bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado de Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98624-6768.

Dados do(s) Fatos:

Local: Não Informado, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/10/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que Conduzia o veículo HONDA/CG 160 FAM ESDI 2016, ano/mod 2016 , Cor: Vermelha, PLACA: QFQ1876/PB - Chassi: 9C2KC2200GR079719, registrada no nome de José Romualdo da Silva - CPF: 092.399.504-86 na Av. João Câncio -B. Manaíra- João Pessoa/PB quando foi surpreendido por outro veículo, não identificado que não respeitou a placa de PARE, da rua paralela, vindo a colidir na lateral esquerda, do veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caisse ao solo, onde foi socorrido pelo Corpo de Bombeiro onde foi conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma e logo após transferido para o Complexo Hospitalar Gov. Tarsicio Burity , sendo diagnosticado com fratura exposta da perna esquerda, conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Thales F. Seabra - CRM 7124 /PB.

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

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.

ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação

LUIZ GUSTAVO HIPÓLITO SILVA MARCON
Noticiante

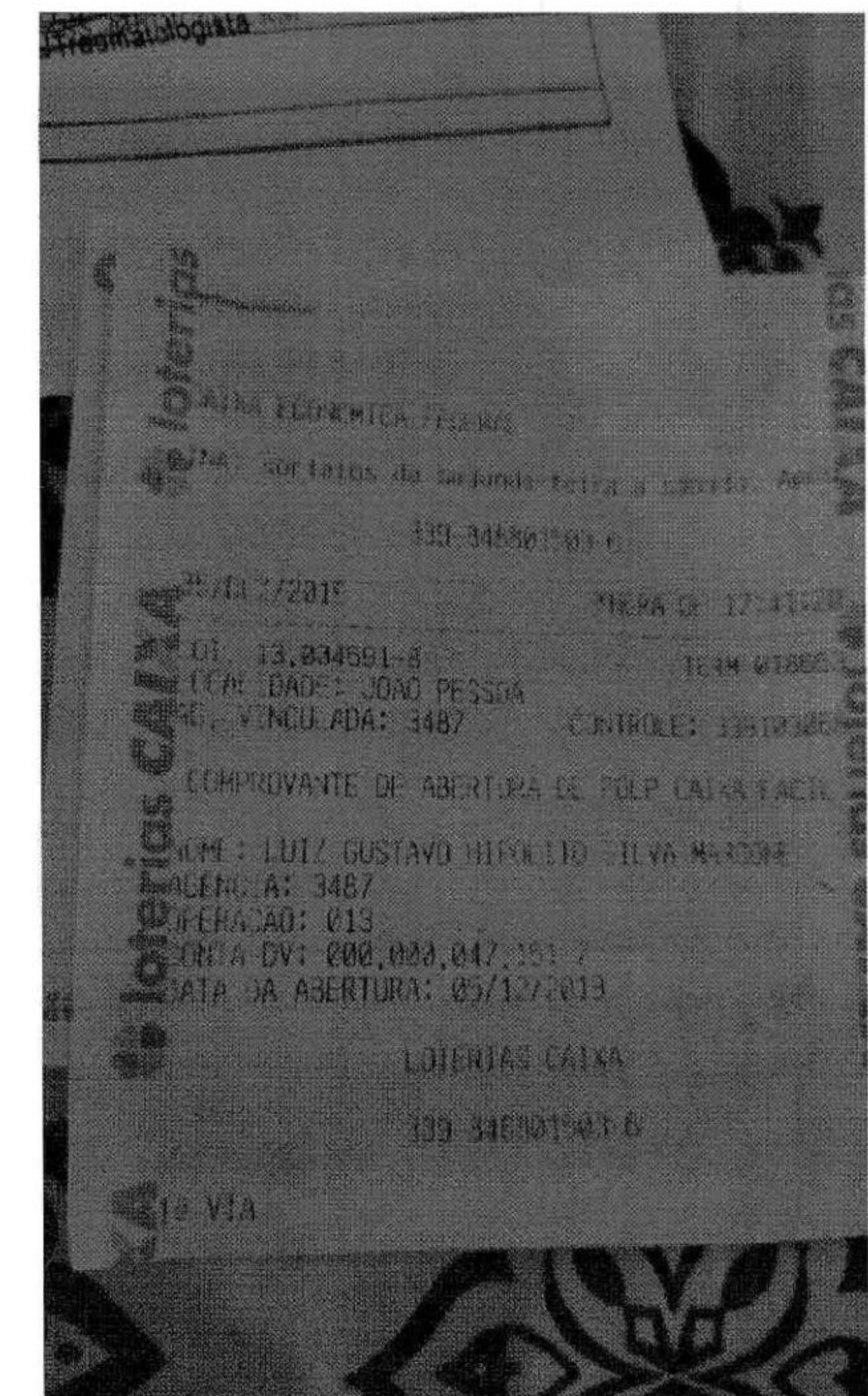
Procedimento Policial: 14036.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>
Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 1





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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017566

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

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

Pag. 00661/00662 - carta_01 - INVALIDEZ



00020331

Carta nº 15361244





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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200017566

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois o entregue não permite a leitura das informações.
---------------------------------------	--

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. 01919/01920 - carta_03 - INVALIDEZ



00040960

Carta nº 15360900



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>
Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 5

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015297/20

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCON

CPF: 708.232.024-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2019

Titular do CPF: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE : 708.232.024-88

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: 13/01/2020
Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE
CPF: 708.232.024-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENTRAN		DENTRAN	
A DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACAS DE VEÍCULO		Nº 013930093404	
VA	CON. INSCRIÇÃO	EXERCÍCIO	
E. 1	0110416966-2	00/0000000	2018
O	JOSE ROMUALDO DA SILVA	O	NOME
O	09239950486	O	PLACA
O	NOV/18 ANTOU PB	O	QFO1876/PB
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	CARBURANTE	VIA	09239950486
HONDA/CB 160 FAN ESDI	ALCO/GASOL	ANO/TAB.	01104169662
SAP/PRO/CL 2 P/162 /CI	CATEGORIA	ANO/TAB.	092KC2200GR079719
COIA UNICA	VENC. COIA UNICA	VALOR, COTAS	
P	00/00/0000	1*	
V	FADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	0	2*
PREMIO TARIFARIO	IDF (RS)	PREMIO TOTAL (RS)	
*****	SEGURO	PAGO	30/04/2018
A. P. BANCO HONDA S.A.	— OBSERVAÇÕES —		
GUARABIRA - PB LOCAL			0
			11622
			16497
			02/05/2018

SEGURAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTIVOS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930093404 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 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	02/05/2018
PRÉMIO TARIFÁRIO	
VALOR (RS)	DESPESA (RS)
*****	*****
VALOR DO BILHETE (RS)	VALOR DE QUITAÇÃO (RS)
*****	*****
SEGURADO	PAGAMENTO
S. COTA UNICA	FRANÇA ADD
DATA DE QUITAÇÃO	
30/04/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.408/0001-04

11622-1015271-20180502



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015297/20

Número do Sinistro: 3200017566

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONI

CPF: 708.232.024-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2019

Titular do CPF: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO
SILVA MARCONE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 05/03/2020
Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONI
CPF: 708.232.024-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONI

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>
Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 8

PREFEITURA MU PESSOA Ficha Nr: 273913 Atd: Nao Regul.
COMPLEXO HOSPI MESAIR GOV. TARCISIO BURITY Data: 27/10/2019
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 17:56:41
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANT.
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE Num. Prontuario: 2019.10.003175
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 708.232.024-88
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4341170 Fone: 988721872
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/06/2001 Id: 18 ano(s)
End.: RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA, 141
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: GLAUCY JANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE Pai: JIMMY LIMA MARCONE
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Residencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Doença Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

FRATURA EXPOSTA DE PERNAS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TRAUMA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Ortopedia 18:594 - Pés vistos e escutados no ferimento
De moto com ferida há 406 horas

Diagnóstico FR EXPOSTO → Ossos do pé

Prescrição Horário da medicacão

1/00 00:00 00:00 00:00 00:00
2/00 00:00 00:00 00:00 00:00
3/00 00:00 00:00 00:00 00:00

Assinatura





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>

Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 10



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:		Registro:				
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião:	Ricardo R. Chiarone			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:				
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID		
Fistula exposta órto pecten (E)						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID		
Omissus						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO		
fistula atremuntar						
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Longo mastigo 10 litros

Incisão:

LF-09

Achados:

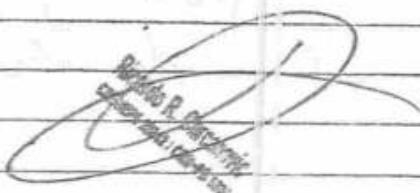
Ostensão fraca abdu

Mesopteno anterior

Dedos OK

Procedimento seu padronizado

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome LUIS GUSTAVO HIPOLITO DA SILVA MARCONE							CNS	Prontuário
Data de Nascimento 10/06/2001	Idade 18A 4M 17D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe LAUCIJANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE			Nome do Pai JIMMY LIMA MARCONE					
Endereço RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA			Bairro MANGABEIRA			Cep 58057090		
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 988687314		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
--	----	---

Motivo do encaminhamento
ALTA MEDICA

Resultado de exames complementares

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM Perna ESQUERDA

AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, EDEMA ,DOR, FERIMENTO CONTUSO EM Perna ESQUERDA, NEUROVASCULAR OK.

RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA (FRATURA EXPOSTA)

CD: TALA INGUINO PODALICO + SAT + CEFAZOLINA + ENCAMINHO AO TRAUMINHA

CID T14.9	Data de encaminhamento 27/10/2019 16:28:29
--------------	---

Medico
Dr. Jansen Henrique
CRM-PB 1355

Assinatura e carimbo do profissional





CEP:	59040-000	VALIDA EM TODO O BRASIL
Nº DO RG:	4.321.170-7	VIA
UF:	ES	DATA DE EMISSÃO: 23/03/2010
NOME		
LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE		
QUALIFICAÇÃO		
JIMMY LIMA MARCONE GLAUCY JANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE		
NATURALIDADE		
JOÃO PESSOA-PB		
DOC. ORIGEM		
CERT. NASC Nº3 550 - LIVA-5 - FLS.350 - CARTORIO 7º JOÃO PESSOA-PB		
CPF 708 232 024-88		
LEPN 7116 DE 22/08/03		
CÓDIGO 3		

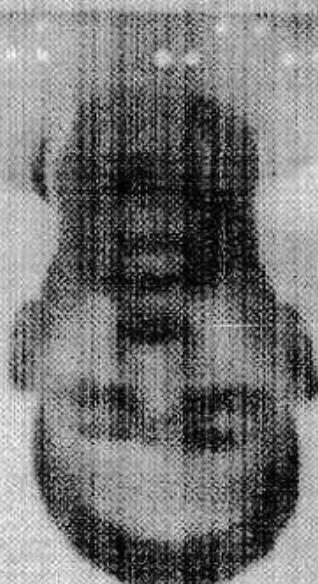
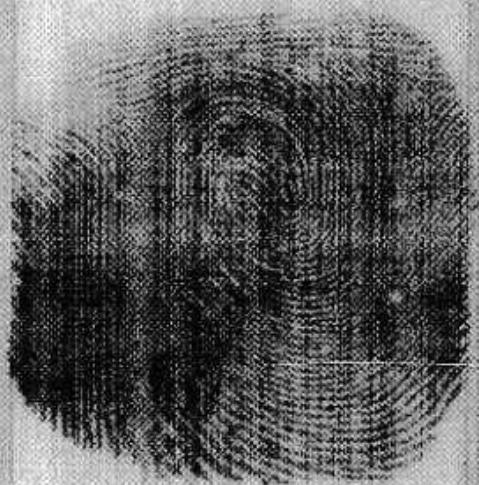
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
ESTADO DE POLICIA CIVIL

DIREÇÃO GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



Suelio Moreira Torres

CARTERA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>
Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 16

BOLETO PARA PAGAMENTO



Este é o modelo padrão usado pela Energisa.
Solicite seu boleto na sua Unidade de Conta.
Número do documento: 20072313033846300000031217197
Nº 032745599

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 22.095.183/0001-40 - Insc.PF 11.815.122/34

DADOS DO CLIENTE

JANZETE HIPOLITO DA SILVA
RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA 141
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/401765-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

17/10/2019

193

24/10/2019

R\$ 131,21

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 97041.476172 1 80520000013121

Pagador: JANZETE HIPOLITO DA SILVA CNPJ/CPF: 203.627.304-15

RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA 141 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007041476	000401765201910	24/10/2019	R\$ 131,21	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

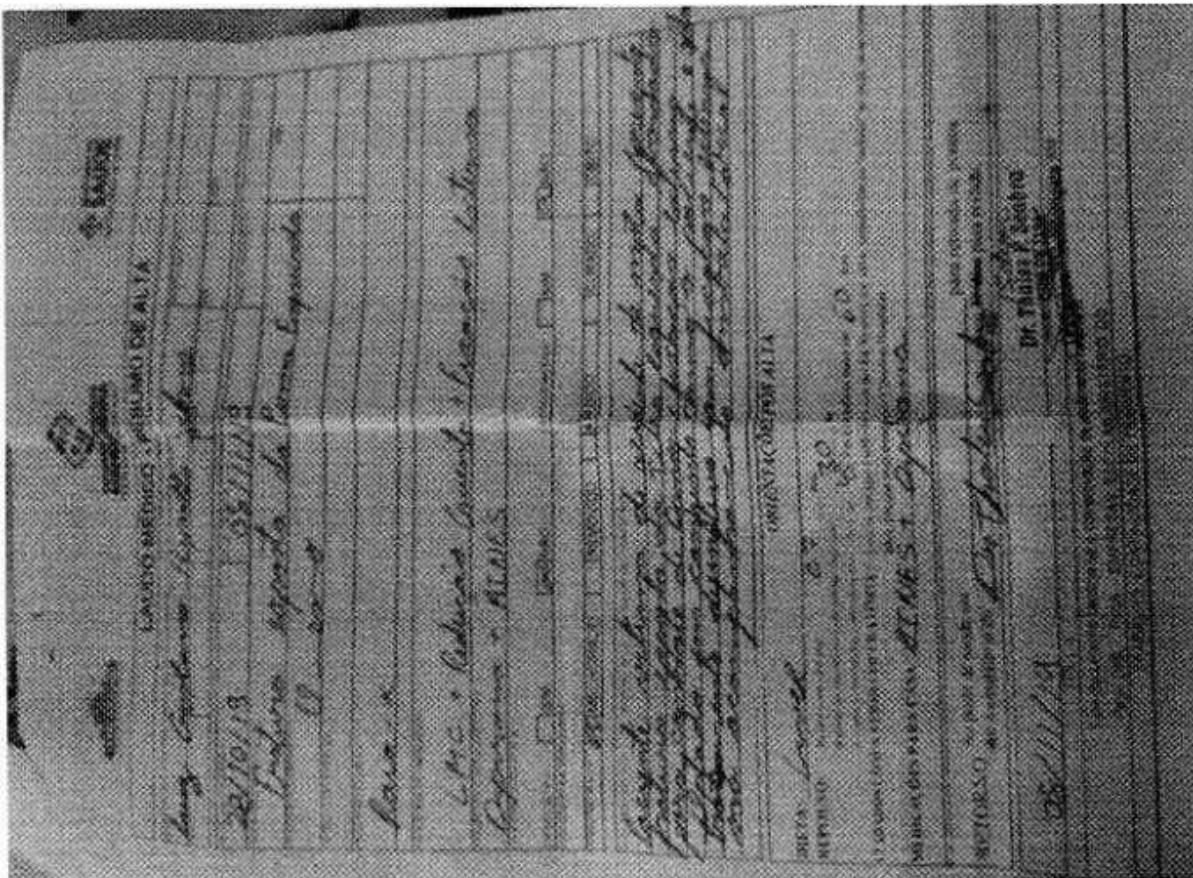
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 13:03:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072313033846300000031217197>
Número do documento: 20072313033846300000031217197

Num. 32592249 - Pág. 17





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

708.232.024-88

5 - Nome completo:

Nunes Gustava H. Silva Marcone

6 - CPF:

708.232.024-88

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

8 - Rua:

R - Raimunda Gonzaga de Souza 141

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

PB 58000-000

16 - Tel.(DDD):

(83) 98663-4900

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:

 REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 47154

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir 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, o seu consentimento à 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 atende 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 a avaliação médica às cútulas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 35, §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

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim Não

teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro/vanásco?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT pôr morte a aqueles 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 da Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019



卷之三十一

sortidas da sua sede, quando se realizou a sua

卷之三

卷之三

卷之三

新華書局 1954年6月一版

卷之三

本办法自二〇〇〇年八月一日起施行。

—
—
—

新嘉坡，MURADA：油印。一九四〇年八月二日。

COMPROVANTE DE ABERTURA DE FOLHA DE SALÁRIO

Digitized by srujanika@gmail.com on 11-08-2017

三月廿一號，即為新嘉坡之開埠日。其時有新嘉坡之華人，集會於該處，以示慶祝。

新嘉坡、檳、吉隆坡

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

10月1日 (星期六)

卷之三

13

