



Número: **0802775-05.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **03/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PETRONIO LEONARDO DA SILVA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35307197	09/10/2020 09:55	2750975_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180580291

Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PETRONIO LEONARDO 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,

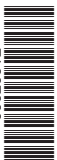
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13702954

Pag. 00023/00024 - carta_01 - INVALIDEZ

00020012





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 639.375.814-72 Nome completo da vítima: Petronio Leonardo da Silva

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

Nome completo: Petronio Leonardo da Silva CPF: 639.375.814-72
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Maria Celina Número: 493 Complemento:
Bairro: Popular Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58301-075
E-mail: cc.f.davo@gmail.com Tel.(DDD):

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 7472
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Peio motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 34 /2018

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **ESTADO CIVIL:** CASADO **NATURALIDADE:** SANTA RITA-PB **PROFISSÃO:** MOTORISTA **DATA DE NASCIMENTO:** 06/06/1967 **IDADE:** 51 ANOS **RG:** 131.464-9 SSP/PB **CPF:** 639.375.814-72 **FILIAÇÃO:** RAIMUNDO JOSÉ DA SILVA E MARINETE LEONARDO DA SILVA **ENDEREÇO:** RUA MARIA EULINA, Nº. 514, ALTO DA POPULAR, SANTA RITA-PB, CEP 58.301-075. **TELEFONE:** 83-98831-7988 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 24/09/2016 **LOCAL DO FATO:** AVENIDA LIBERDADE, BAYEUX-PB

NARRATIVA: PETRONIO LEONARDO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 24/09/2016 POR VOLTA DAS 12:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR 125, DE PLACA NQA-2160/PB, CHASSI Nº. 9C6KE1220A0101841, DE SUA PROPRIEDADE PELA AVENIDA LIBERDADE, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA 06 DE JUNHO E DO BATALHÃO DE POLÍCIA, MAIS PRECISAMENTE ONDE FINALIZA O BAIRRO DE VÁRZEA NOVA DA CIDADE DE SANTA RITA E ONDE SE DÁ INÍCIO A CIDADE DE BAYEUX-PB, MOMENTO EM QUE O NOTICIANTE BATEU CONTRA O MEIO FIO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE DE SANTA RITA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:28H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO DIREITO CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELA DRA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM: 3883/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 29 de junho de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 155.266-1

10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Petronio Leonardo da Silva





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 639.375.814-72 Nome completo da vítima: Petronio Leonardo da Silva

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

Nome completo: Petronio Leonardo da Silva CPF: 639.375.814-72
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Maria Celina Número: 493 Complemento:
Bairro: Popular Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58301-075
E-mail: cc.f.davo@gmail.com Tel.(DDD):

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 7472
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Santa Rita - PB, 10 de dezembro de 2018
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Handwritten: *Koumy ORTO TRDUMA*



UPA SANTA RITA 24H

ENCAMINHAMENTO

Encaminho a paciente **PETRONIO LEONARDO DA SILVA**, 49 ANOS, CHEGA AO SERVIÇO, APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR INTENSA EM TORNOZELO DIREITO, INCAPACITANDO A DEAMBULAÇÃO.

SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA ORTOPEDISTA

Santa Rita 24 de SETEMBRO de 2016

Handwritten signature: *Dra. Yole Maria Minervino*
CRM PB 7599 CRM RN 8172

YOLE MARIA

CRM 7599 PB



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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PETRONIO LEONARDO DA SILVA


BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 000000007472-3



Nr. da Autenticação 94B1D02FC24BA111



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
		MATRÍCULA 6847668	
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS		REFERÊNCIA NOV/2018	
MARINETE L. DA SILVA RUA MARIA EULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB 58.301-075			
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
003.004.035.0731.000	000	Residencial: 1, Comercial: 0, Industrial: 0, Ponto: 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR: 1130 ATUAL: 1136 CONSUMO (M3): 6 NÚM DE DIAS: 30 PRÓXIMA LEITURA: 21/12/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
OUT/2018	7	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS. CONFORMES
SET/2018	7	TURBIDEZ	0 0 0
JUL/2018	8	CLORO	0 0 0
JUN/2018	7	COL. TERMO	0 0 0
MAI/2018	7	COR	0 0 0
ABR/2018	3	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A: SET/2018	
DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26	
DESCRICAO		CONSUMO TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	37,91
ESGOTO			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS: R\$ 12,741/12			
VENCIMENTO: 03/12/2018		Total a Pagar: R\$ 37,91	
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1			
INFORMAÇÕES GERAIS: EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTAR SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR			

COMPREV
 COMPREV SECUNDOS E PREVIDENCIA SIA
 14 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
		MATRÍCULA 6847668	
REFERÊNCIA NOV/2018		CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS	
MARINETE L. DA SILVA RUA MARIA EULINA, 493 - POPULAR SANTA RITA PB 58.301-075			
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
003.004.035.0731.000 000	000	Residencial: 1, Comercial: 0, Industrial: 0, Pólo: 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
Y05X137768	08/05/2007	EXTERNO LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR: 1130 ATUAL: 1136 CONSUMO (M3): 6 NÚM DE DIAS: 30 PRÓXIMA LEITURA: 21/12/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
OUT/2018	7	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS. CONFORMES
SET/2018	7	TURBIDEZ	0 0 0
JUL/2018	8	CLORO	0 0 0
JUN/2018	7	COL. TERMOD	0 0 0
MAI/2018	7	COR	0 0 0
ABR/2018	3	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A: SET/2018	
DATA DA IMPRESSÃO: 22/11/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:02:26	
DESCRICAO		CONSUMO TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	37,91
ESGOTO			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONTRIB. LEE 12.741/12			
VENCIMENTO: 03/12/2018		Total a Pagar: R\$ 37,91	
 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1			
INFORMAÇÕES GERAIS: EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA 2018 DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 RESERVISTA, APRESENTAR SE NA SUA ORGANIZAÇÃO MILITAR			

COMPREV
 COMPREV SECUNDOS E PREVIDENCIA SIA
 14 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sérgio Henrique de Andrade Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Sérgio Henrique de Andrade Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.205.494 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

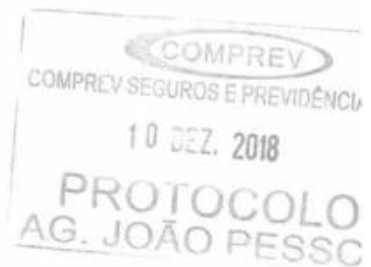
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Colombo</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>cef.ediv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>

João Pessoa - PB, 10 de Dezembro de 2018
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Coutinho Neto
Assinatura do Declarante



DL0RL.001 V001/2017





18

CERTIDÃO

Nº. 0631/2018

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº889530, e prontuário de Nº 2016.09.2256 pertencentes a PETRONIO LEONARDO DA SILVA que foi atendido dia 24/09/2016 às 14H28min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

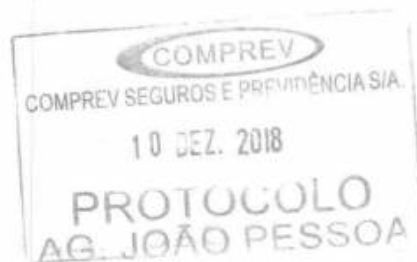
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maleolo direito. Realizado tratamento conservador e alta medica dia 28/09/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de abril de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58016-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 889530 Atd: Nao Regular
Data: 24/09/2016
Hora: 14:28:18
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PETRONIO LEONARDO DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1314649 Fone: 39317989
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 06/06/1967 Id: 49 ano(s)
End.: RUA MARIA EULINA 493 SEM CARTAO DO SUS
Bairro: ALTO DAS POPULARES Cidade: SANTA RITA UF: PB
Pai: RAIMUNDO JOSE DA SILVA
Mae: MARINETE LEONARDO DA SILVA
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: EMFERMEIRA MICHERLINE
Tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD
F. cedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.09.002256

Transporte utilizado: VEIO NA MABULANCIA VINHA DO TRABALHO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO BAIRRO VARZEA NOVA PROX DO

Vitima de violência por: BATALHAO DE POLICIA RJ AS 12/ HS CONDUCTOR MORENO

[] Caso Policial

E-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Observacao

Trauma em tornozelo d.
Acidente de moto, trauma no tornozelo
direito. Subluxação do tornozelo d.
Enf. Karina com
COREN 272212

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Leve dor no pé d. direita. Rx +
Fratura de metatarso 1.º + metatarso 2.º
Fr. Fíbula alta.

Diagnostico Fr. Tornozelo d. Conduta Intensa

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

10 DEZ. 2018

Dr. Rodrigo Carlos de Almeida
Orculense de Medicina
CRM-PB 43477-1 R. 8133

PROTOCOLO
JOAO PESSOA



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
IML 10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Petrônio Leonardo da Silva Data da Admissão: 24/10/2016
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

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-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Petronio Leonardo da Silva</u>						PROTUTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>49a</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO		
DATA DE ADMISSÃO: <u>24/09/2016</u>		DATA DE ALTA: <u>28/09/2016</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura de diáfise de fêmur (D)</u>					CID		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>F</u>							
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>Fratura de malleolo posterior (conhecido)</u>							
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Px.</u>							
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Gesso PTB.</u>							
TERAPIA FARMACOLÓGICA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO P.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CURA, CURETAGE		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO: <u>Hx conhecida de PTB (Rodrigo Amador)</u>							
DIETA: <u>lvr</u>							
REPOUSO: Relativo em casa por <u>45</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>45</u> dias e com esforço maior em <u>60</u> dias.							
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u>							
MEDICAÇÕES PARA CASA:							
RETORNO: Ao posto de saúde em <u>21 dias</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>EFM</u> em 30 dias para revisão. <u>Dr. Alexandre Salvação</u> Ortopedia e Traumatologia CRM 9128-380 9603							
DATA: <u>28/09/2016</u>			ASS. MÉDICO / CRM				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.							

IMPRESSO EM PREVISÃO
13 DEZ. 2016
PROTOCOLO
Povoação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DIRETORIA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
PETRONIO LEONARDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE
1314649 SSP PB

CPF
639.375.814-72

DATA NASCIMENTO
06/06/1967

FILIAÇÃO
RAIMUNDO JOSE DA SILVA
MARINETE LEONARDO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A/C

Nº REGISTRO
04118897269

VALIDADE
11/03/2019

1ª HABITAÇÃO
15/10/1986

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Petronio Leonardo da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
14/03/2014

Rodrigo Carneiro
ASSINATURA DO EMISSOR

71144529838
PB027990567

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
894276828

PROMISSAO PLASTIFICAR
894276828



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928896988
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20170000383128-9

VIA 1 Cód. RENAVAM 0017949667-0 Cód. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF / CNPJ 63937581472 PLACA NQA2160/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C6KE1220A0101841

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. COTA ÚNICA 2ª VENC. COTAS 3ª

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 11/12/2017

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO ITAUCARD S/A

LOCAL BAYEUX-PB DATA 13/12/2017

32280 9536

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013928896988 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 2017 DATA EMISSÃO 13/12/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 63937581472 PLACA NQA2160/PB

RENAVAM 00179496670 MARCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. 2009 CAL. INSC. 9 Nº CHASSI 9C6KE1220A0101841

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA *****

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 11/12/2017

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.365.008/0001-04

9536-1354448-20171213

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580291 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Petrônio Leonardo da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Medicastro</u>	Nº DO RG:	<u>04318897269</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>Distrito - PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>14/03/14</u>
Nº DO CPF:	<u>639.375.814-72</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Maria Celina</u> <u>nº 493, Repulor, Santa Rita - PB, CEP 58301-075</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO EMISSOR:	OAB-PB	DATA DE EMISSÃO:	07/05/2016
Nº DO CPF:	007.854.364-99	ENDEREÇO:	AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Petrônio Leonardo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

João Pessoa - PB, 07 de dezembro de 2018. 10 DEZ. 2018

Petrônio Leonardo da Silva

Outorgante

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

SERVIÇOS NOTARIAIS
1º OFÍCIO
DE NOTAS
TEL.: 3222-11383
JOÃO PESSOA

CARLOS ULYSSES	
SERVIÇO NOTARIAL DA PESSOA	
REGISTRO IMOBILIÁRIO DA ZONA SUL	
Av. Epitácio Pessoa, 105 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 53030-000	
Fone: (83) 3222-2280 - TITULAR: Bel. Walter Ulysses de Azevedo	
Reconheço por Autenticidade a firma de	
PETRONIO LEONARDO DA SILVA conforme	
autógrafo arquivado 58982; Dou fé	
João Pessoa-PB, 07/12/2018. Josivaldo Joaquim de Santana	
- Escrevente	
Selo: AHQ78076-LQEL, consulte em	
https://selodigital.tjpb.jus.br	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445800/18

Vítima: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

CPF: 639.375.814-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PETRONIO LEONARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

PETRONIO LEONARDO DA SILVA : 639.375.814-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

