



09/10/2020

Número: **0801194-87.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **17/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO (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
35306 165	09/10/2020 09:40	2756173_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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101939

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

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 dos punhos
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: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038193-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101939 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/03/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/4/5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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:

116-336-844-07 Anderson Oliveira de Araújo

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Anderson Oliveira de Araújo

116-336-844-07

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuso

R- Campos Sales

97

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Popular

Santa Rita

PB

58300-000

15 - E-mail:

(43) 986634900

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\$1.000,00 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\$5.000,00

21 - 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)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3010

CONTA:

38193

3

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.

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica as postas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 19, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido ou nascendo?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos 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.

34

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







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 14028.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14028.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:08 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 **Anderson Oliveira de Araujo**, CPF nº 116.336.844-07, RG nº 4040510 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Fiscal de Loja, filho(a) de Ana Beatriz Martins de Oliveira e Geova Gomes de Araujo, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/09/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Campo Sales, Nº 41, complemento Casa, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Próximo a Ferroviária, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98771-6337.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo de Combustível, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/03/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o veículo, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2011, Cor: PRETA, placa: PLACA: NPX9934/PB, registrada no nome de José Araujo Cavalcanti - CPF: 072.916.094-34, na Av. Liberdade - Bayeux/PB, quando foi surpreendido por outro veículo que parou bruscamente em sua frente, não dando tempo do noticiante evitar a colisão, vindo a cair ao solo, que logo após foi conduzido por terceiros até o Complexo Hospitalar Mangabeira - Gov. Tarcísio Buriti, onde foi atendido e diagnosticado com Fratura do rádio Distal - S. 52.5 - conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Flavio Henrique Loyola - CRM-PB- 10.205.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2020, à(s) 11:37 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO NO BO É A SEGUINTE: 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

Que na data 18/02/2020, à(s) 09:51 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO, FOI NO DIA 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

Que na data 18/02/2020, à(s) 09:52 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE A DATA CORRETA DO FATO, FOI NO DIA 25/03/2017.. Adendo registrado por: Gersa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

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 fê.

Procedimento Policial: 14028.01.2019.1.00.401



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



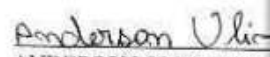
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Sec
Segura

João Pessoa/PB, 18


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


ANDERSON OLIVEIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 14028.01





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:

116-336-844-07 Anderson Oliveira de Araújo

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

336-336-844-07
Popular Santa Rita PB 58300-000
(43) 986634900

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ 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 abaixo. Assinale uma opção):

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3010

CONTA:

38393

3

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.

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as pautas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 19, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascuro ou nascent?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







CERTIDÃO

Nº. 1772/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº16552 e Prontuário nº2017.03.004178 pertencentes a **ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO** que foi atendido dia 25/03/2017 às 12H08min, vítima de colisão moto x carro x poste, apresentando trauma em punho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/04/2017 com alta médica dia 08/04/2017.

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

João Pessoa, 23 de outubro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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:	16/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000038193-3

Nr. da Autenticação F39A4A9E0826E064

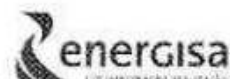


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado via de conta.

Boleto para simples pagamento de uma fatura de serviço elétrica. Nº 035.119.445



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE ARAUJO CAVALCANTE
RUA CAMPOS SALES 41
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/44370-5

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

04/12/2019

CONSUMO

250

VENCIMENTO

11/12/2019

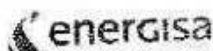
TOTAL A PAGAR

R\$ 229,34

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 06/12/2019				
Pagador: JOSE ARAUJO CAVALCANTE CNPJ/CPF: 072.816.094-34				
RUA CAMPOS SALES 41 - POPULAR - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009290259	000044370201912	11/12/2019	R\$ 229,34	
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				





Ligação MONOFÁSICO
Distrito COM MTC B31 COMERCIAL, COMERCIAL
Roteiro 12-5-232-425 Referência Nov / 2018
Medidor 30038967621 Emissão: 20/11/2018

ENERGISA PARÁIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. 230, km 25, Centro Residencial, João Pessoa/PB - CEP 53071-860
 CNPJ 05.036.103/0001-40 INSC. EST. 18.615.822-0

Nota Fiscal e Carta de Entrega e Retorno 49594 523-340
Cód. para Del. Automático: 0001800211

Nov / 2019

20/11/2018

19/12/2019

010,942,224-45

Invest. Horiz.

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Letura	Data	Letura								
21/10/19	558	20/11/18	687	1			264		23		
Cod.	Descrição	Direção	18/10/18	Vari. ESERCIZIO	Ric. ES.	(Rat. base var. Ric.)	Costo/Ric.				
		Totale	Total(R)	ICMS(%)	ICMS	Pct(Cost/Ric.)	% Cost/Ric.	% Cost/Ric.			
0601	Consumo em kWh		264,330	0,775900	204,80	204,83	25	51,21	204,83	1,73	7,32
0601	Adc. S. Alameda				1,74	1,74	25	0,43	1,74	0,21	3,05
0601	Adc. B. Vermêla				10,29	10,29	25	2,57	12,29	0,28	6,40
JANUÁRIOS E SERVIÇOS											
0607	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA				13,21	8,90	0	0,00	0,00	0,00	3,00

CC: Código da Classificação do Item	TOTAL	226,87	218,88	84,21	218,88	1,32	2,38
Taxa de Tributos	0,545402						

90

27/11/2019

RS 229,87

0	0	6	15	2	0	2	0	0	167	243	248
Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19

라틴어/그리스어 낱어

37b6 1ac7 d42c 65c1 f4a1 472a dcd2 cb16.

Sociedade de Capital			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviços de Out de Energia	25.64	24.11	
Comércio de Energia	20.10	19.26	
Serviços de Transmissão	8.26	7.80	
Estações Emissoras	5.54	5.25	
Instalações Diversas e Energia	7.45	7.05	
Outros Serviços	0.00	0.00	
Total	225.87	100.00	

Valor de R\$ 120.181.833.76

Valor do EUSD/ReL 8/24/93 R\$ 76,57

*AVISO: Permanecendo em atraso o DEBITO SANITARIO, a revisada, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso da prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vendida e não paga.

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE
00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAGADOR JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ D18 842 224-45
RUA AGENTE F JOSE COSTA QUARTE, 157 / SALA 01 - MANJABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP. 5806304

Número	Nº Documento	Data do Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
00000000075877	00000000075877	23/11/2019	R\$ 229,87	

31502440001475117 03/04/2012 12:17





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Anderson Oliveira de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.336.844, 07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Anderson Oliveira de Araújo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.336.844, 07, 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:		CEP:	<u>58056-384</u>	Tel. (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/12/19

Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:40:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909403145900000033734436>
Número do documento: 20100909403145900000033734436

Num. 35306165 - Pág. 13

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

Ficha Nr: 16552 Atd: Nao Regula
Data: 25/03/2017
Hora: 12:08:16
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4040510 Fone: 986542807 Num. Prontuario: 2017.03.004178
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/09/1995 Id: 21 ano(s)
End.: RUA CAMPOS SALES, 41
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB
Mae: ANA BEATRIZ MARTINS DE OLIVEIRA Pai: GEOVA GOMES DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEGURANCA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

R.: IRMA/ ABRAAO MARTINS

Ter./Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

F. Residencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARROXPOSTE E PAREDE HJ AS 08:00 EM BAYEU

Vitima de violencia por: EM FRENTE .A CASA DA CIDADANIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
PC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Cf. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Q. Axe Principal

Observacao

colusão moto x carro, apresentando varias lesões, ede-
me em M.S.D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto x carro, c/ capote, guinchando-se de do-
idemia e limitação de movimentos em punho ①.
Nega perda de consciência e vômitos. Glasgow 15.

Diagnostico Alergia: nega

Conduta 1) 1º atendimento.

2) Rx de punho e mão ①.

3) Aplicação da Osteopatia

4) Alta da Ex. Geral

Prescrição

1) Dipirona 1g 1 AD EV agora

2) Talatril 20 mg 1 AD EV agora

Horario da medicacao

12:00

12:40

Marcelo Vieira
Medico
CRM 100000



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia : Trauma do punho
dor e edema
Rx punho
Pré - Inalação
de Bala

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
				Intensas p/ 4 Largos - Dr. Odilon R. Filho Ortopedia / Cir. Joelho CRM 6688 - TEOT 12957 Cirurgião

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☒ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Anderson Oliveira</u>		Data da Admissão: <u>25/03/2017</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Queda hipo há com dor em pulso D.</u>			
HDA: <u>Pouco com dor, edema e bem tolera o movimento em repouso do pulso D.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] 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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias:

Cirurgias: _____ [] HTF

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

☐ Trauma ☐ Neo ☐ Tabagismo

☐ Alcoolismo

Exercício Físico: Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS	DM	TB	NEO
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1
39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1
90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	1	1	1
99	1	1	1
100	1	1	1

Dislipidemias

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Complementary: Re: training to be ^{done} by the user of

Resultados de Exames Complementares: M. apresentando normalidade nos exames de

Any dated documents - 4/20/2000

C. Tarnant.

Hipótesis Diagnósticas: *Exceso de ácido láctico D*

15. *biduina*

Conduta: balneando / 1 ano infuso.

16 100

11
MAY 11 1961
U.S. DEPT. OF THE INTERIOR
BUREAU OF LAND MANAGEMENT
DENVER, COLORADO

_____ Dr. Vanda

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



Nome:	ANDERSON O. DE AMARAL			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			Traumatologia		
Data: 08/09/2017			Cirurgião: Flávio Loyola		
1º Assistente: Felipe Lessa			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura do Rádio Distal					S52.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Redução Cruenta + Fixação Interna					
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					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
 Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço
 Assepsia + Antissepsia
 Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio
 Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos
 Aposição de 01 placa + parafusos

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho
 Fechamento por planos

Curativo

Retirada de garroteamento de membro superior
 Observada boa perfusão periférica
 Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 08/04/17

Dr. Flávio Henrique Loyola
 Traumatologia / Ortopedia
 CRM-PB 60.205

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Anderson Oliveira de Araújo
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Tecnico de Log, CI RG nº 4040510
CPF/MF nº 116.336.844-02, residente e domiciliado(a) à Rua
Compa Sales, 41
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
93663.4900, 93715.0366.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelião de Protestos de Paraíba, a 27 de Fevereiro de 2018.
FUNDADA EM 1913, ATUALMENTE EM 2018.
Rua Test. da Verdade, Santa Rita-PB 58100-000
Cintia Sales Cortino - Substituta
(2018-00034) TELA Nº 85, 80 FMS/ENR 0,28 FEM/14 1.800
SELO DIGITAL: 6365282-8F48
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Santa Rita, 19 de fevereiro de 2018.

x Anderson Oliveira de Araújo
OUTORGANTE

DOURADO DE AZEVEDO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081207/20

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

CPF: 116.336.844-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2017

Titular do CPF: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO : 116.336.844-07

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: 05/03/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101939

Vítima: ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 25/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON OLIVEIRA DE ARAUJO

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 15593095

