



Número: **0849767-93.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE NICACIO DA SILVA FILHO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36066 713	29/10/2020 11:06	<a href="#"><u>2761039_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200279510 Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). JOSE NICACIO DA SILVA FILHO**

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, contados 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 n° 16017077



229 000699/00700 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Núm. 36066713 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200279510      Vítima: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/03/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000014202-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## 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:  960.282.894-34 4 - Nome completo da vítima:  José Nicacio da S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  José Nicacio da S. Filho 6 - CPF:  960.282.894-34  
 7 - Profissão:  Encusso 8 - Endereço:  Rua Mouses Possidente Borges 53  
 9 - Número:  10 - Complemento:   
 11 - Bairro:  Centro 12 - Cidade:  Caapora 13 - Estado:  PR 14 - CEP:  58326-000  
 15 - E-mail:  (83) 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Cäbä Económica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 à avaliação médica e custar à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preva 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

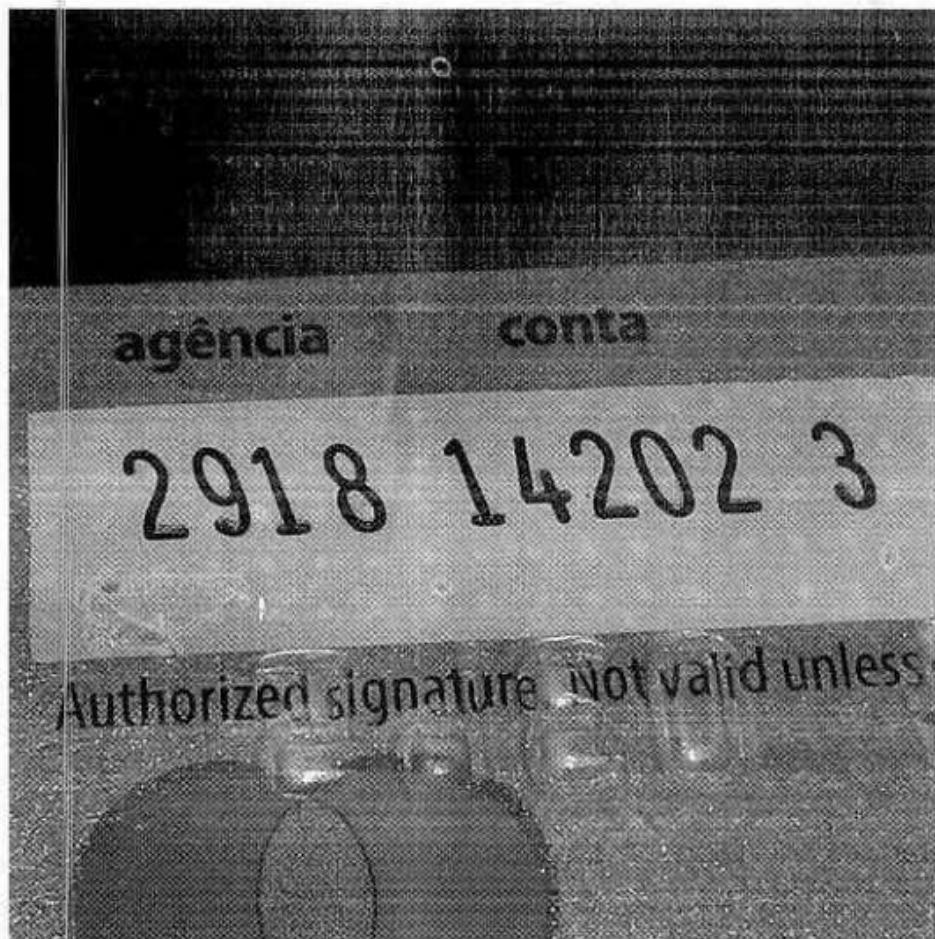
31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 4



Slau  
C/C



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 031038.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 031038.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:33 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **JOSE NICACIO DA SILVA FILHO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 02/12/1973, idade 46, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de JOSEFA DAMIANA DA SILVA e JOSE NICACIO DA SILVA, CPF 960.282.894-34, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MOISES POSSIDONIO BORGES, nº 13, bairro CENTRO, na cidade de Caaporã/PB. CEP: 58326000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 25/03/2020 20:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Caaporã/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA NXR 160 BROS FSDD/MOD 2019/2019, COR LARANJA, PLACA OG D 0112/PB, CHASSI 9C2KD0010KR15108, em nome de JOSE PEDRO NETO, CPF 70487414497, quando foi pego de surpresa com dois cachorros brigando, atravessaram a rua na frente da moto, perdendo o controle e caiu a solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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

  
JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

6ACC818B8478DB17D7EED4CBD5D2093

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 2612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 031038.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 031038.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:33 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **JOSE NICACIO DA SILVA FILHO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 02/12/1973, idade 46, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de JOSEFA DAMIANA DA SILVA e JOSE NICACIO DA SILVA, CPF 960.282.894-34, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MOISES POSSIDONIO BORGES, nº 13, bairro CENTRO, na cidade de Caaporã/PB. CEP: 58326000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

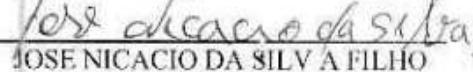
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 25/03/2020 20:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Caaporã/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia sua moto HONDA NXR 160 BROS FSDD/MOD 2019/2019, COR LARANJA, PLACA OG D 0112/PB, CHASSI 9C2KD0010KR15108, em nome de JOSE PEDRO NETO, CPF 70487414497, quando foi pego de surpresa com dois cachorros brigando, atravessaram a rua na frente da moto, perdendo o controle e caiu a solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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

  
JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

6ACC818B8478DB17D7EED4CBD5D2093

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 2612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





## 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:  960.282.894-34 4 - Nome completo da vítima:  José Nicacio da S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  José Nicacio da S. Filho 6 - CPF:  960.282.894-34  
 7 - Profissão:  Encusso 8 - Endereço:  Rua Mouses Possidente Borges 53  
 9 - Número:  10 - Complemento:   
 11 - Bairro:  Centro 12 - Cidade:  Caapora 13 - Estado:  PR 14 - CEP:  58326-000  
 15 - E-mail:  (83) 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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Cäbä Económica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 à avaliação médica e custar à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preva 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim  Não

Vivos:  Falecidos:

nascituro/viúvo/a?

Sim  Não

Sim  Não

Vivos:  Falecidos:

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 à Lei nº 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - [\*\*] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

40 - Loral e Data,

João Pessoa - PB, 22/06/2020  
 José Nicacio da Silva Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

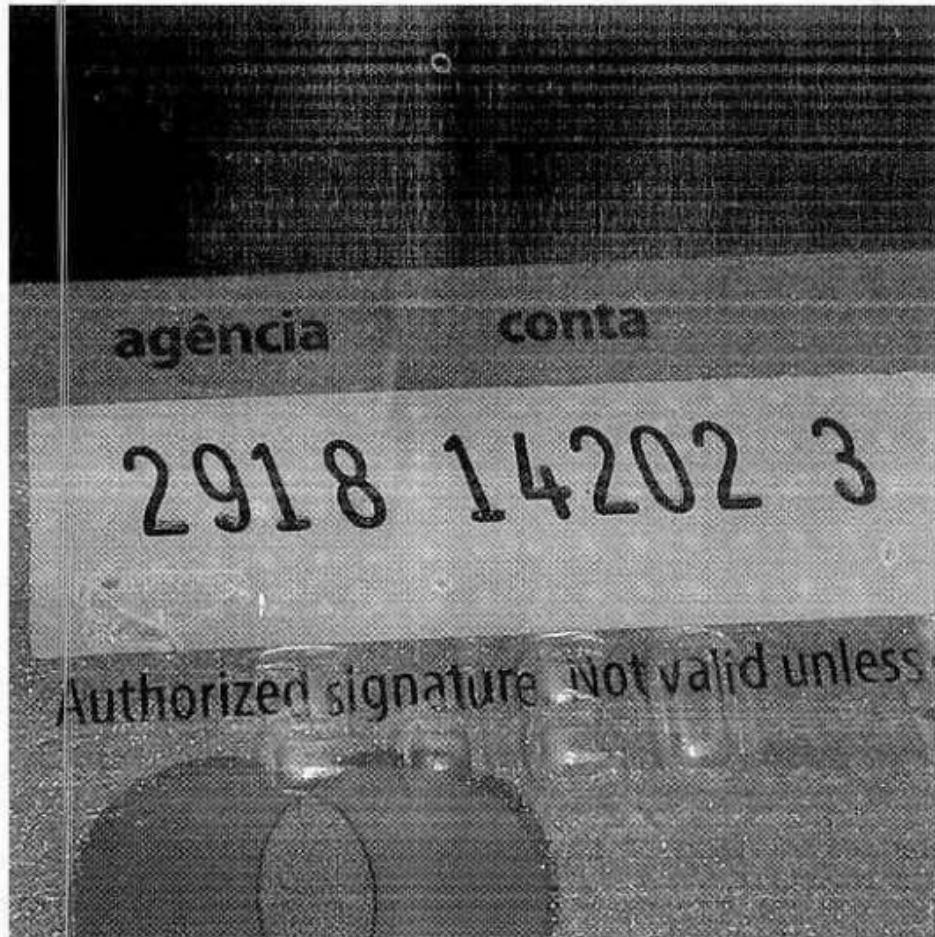
TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 9



Slau  
C/C





## 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:  960.282.894-34 4 - Nome completo da vítima:  José Nicacio da S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  José Nicacio da S. Filho 6 - CPF:  960.282.894-34  
 7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:   
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  58326-000  
 Centro Baopora (83) 1986634900  
 15 - E-mail:

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 à avaliação médica e custar à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa preva 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

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

teve filhos?  Sim

Não

Vivos:  Falecidos:

nascituro/viúvase?  Sim

Não

Sim

Não

Vivos:  Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, 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 à artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - [\*\*] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

40 - Loral e Data,

João Pessoa - PB, 22/06/2020  
 José Nicacio da Silva Filho

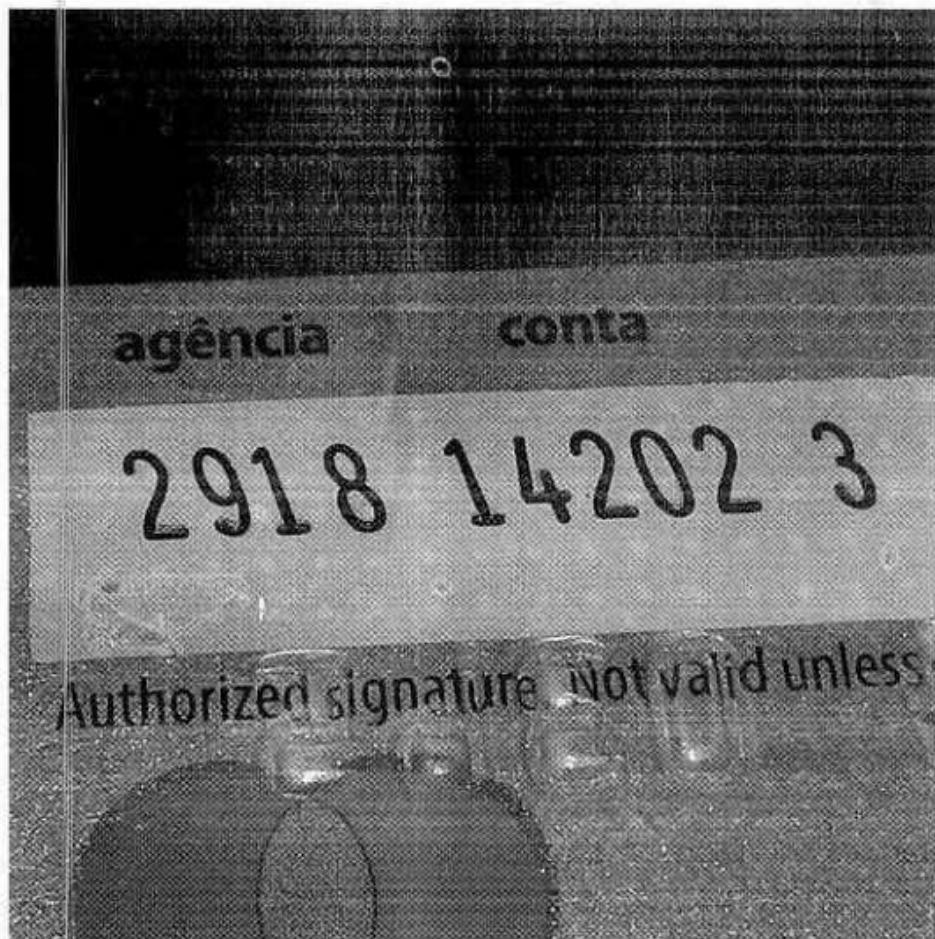
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







Slau  
C/C



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014202-3

---

Autenticação:

5771AA20815EE12C557D833BFC58582942391685C00AE658A30FF8BA28D2CB39

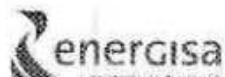


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 14

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é autenticação de serviço.  
Bilhete para cobrança pagável na agência da concessionária de energia referente ao número 044.638.249



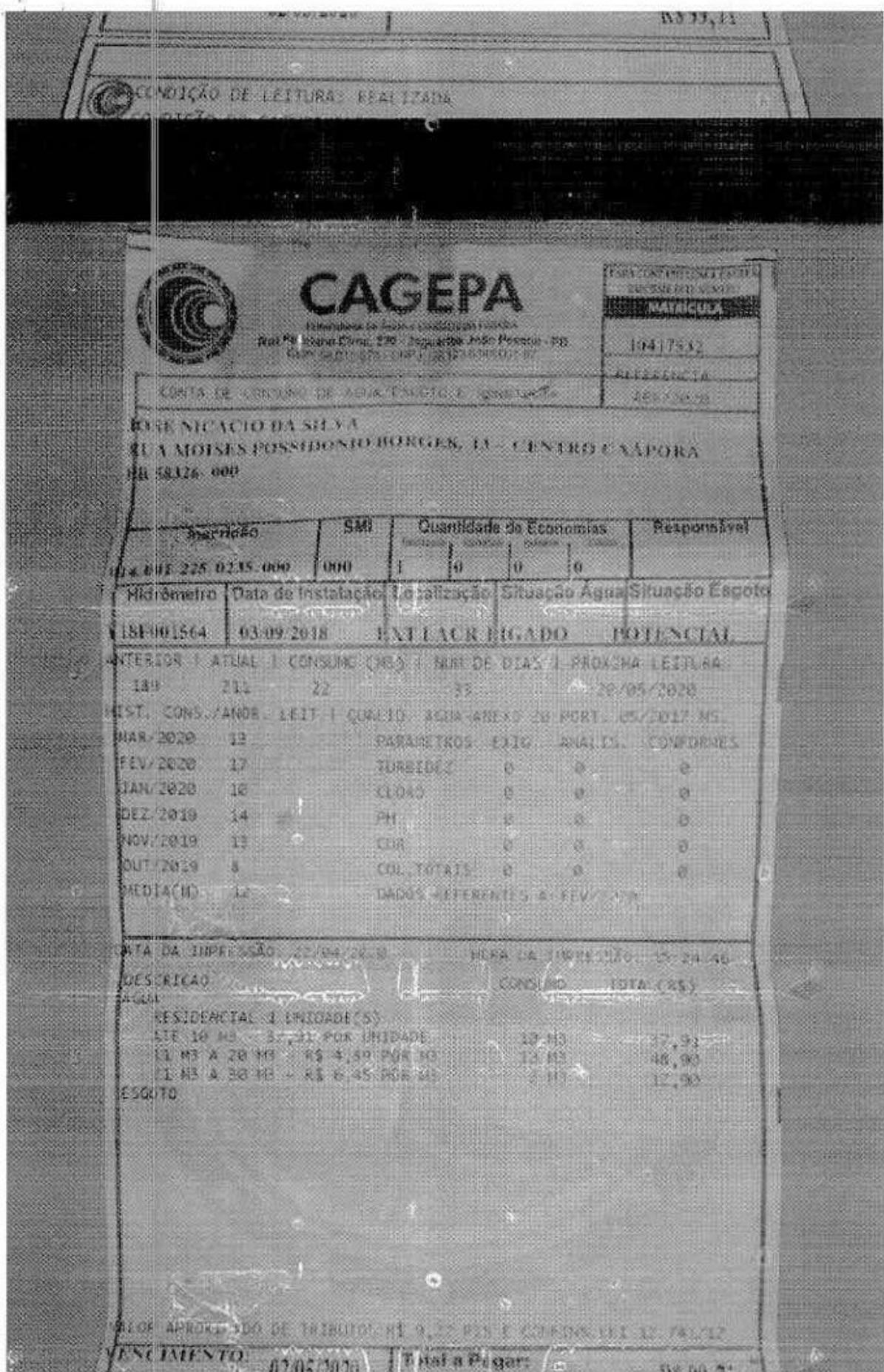
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-620  
CNPJ 29.095.183 /0001-40 - Ins. Est. 16.018.823-6

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62

Acesse: [www.enercisa.com.br](http://www.enercisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-620				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



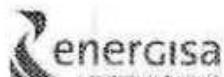


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Núm. 36066713 - Pág. 16

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é pagamento via débito.  
Bilhete para cobrança pagável diretamente à ENERGISA S/A  
Nº 044.638.249



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-620  
CNPJ 29.095.183 /0001-40 - Ins. Est. 16.018.823-6

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	21/05/2020	176	28/05/2020	R\$ 147,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000
Nosso-Número   N. Documento   Data Vencimento   Valor do Documento   Valor Pago
31502440009756463   001698281202005   28/05/2020   R\$ 147,62   09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25. S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-620 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E INSSERVO. <sup>2</sup> 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 Alexandria Cesar Duarte

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

José Nicacio Ida S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Nicacio Ida S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34, 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 à 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.

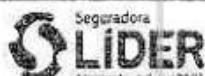
Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Mangabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:	(83) 98663-4900			

Local e Data:

João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E INSSSEURO. <sup>2</sup> 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 Alexandria Cesar Duarte

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

José Nicacio Ida S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima José Nicacio Ida S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34, 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 à 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.

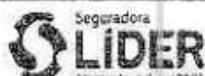
Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Mangabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:				Tel. (DDI): (83) 98663-4900

Local e Data:

João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E INSSERVO. <sup>2</sup> 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 Alexandria Cesar Duarte

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

José Nicacio Ida S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima José Nicacio Ida S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 960.282.891-34, 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>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:				Tel. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>		

Local e Data:

João Pessoa - PB 22/06/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO				PRONTUÁRIO N°
IDADE: 45s	SEXO: M.	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:09 LEITO:133
DATA DE ADMISSÃO: 25/03/2020		DATA DE ALTA: 26/03/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura do Maléolo Medial e Lateral do tornozelo DIREITO				CID: S82
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:				
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial e Lateral</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:				
ANATOMIA PATOLÓGICA:				
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA:				
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES): Paciente portador(a) de fratura bimalteolar de tornozelo direito foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.				
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>				
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...				
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Profenid e dipirona				
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.(DR. JOCEMIR)				
Dr. Klenio F. da Nobrega CRM:11.094 PB Ortopedia e Traumatologia				
26/03/2020		ASS. MÉDICO / C.R.M		
DATA				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				



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

Ficha Nr: 311558 Atd: Nao Regulad  
Data: 25/03/2020  
Hora: 21:28:42  
Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVALIN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.03.002267  
CPF:  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1711381 Fone: 994050614  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/12/1973 Id: 46 ano(s)  
End.: RUA OPERARIA, 0  
Bairro: CENTRO Cidade: CAAPORA UF :PB  
Mae: JOSEFA DAMIANA DA SILVA Pai: JOSE NICACIO DA SILVA  
Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA Estado Civil: UNIAO ESTAVEL  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
Resp.: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO  
Tel/Doc. Responsavel: 994050614 / IDENTIDADE: 1711381  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU  
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: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Glicemis: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: 02%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Qua Principal Observacao  
PCT COM FRT. DE TIBIA 22:05

Pct com história de ter sofrido que de moto cedete,  
torn enfortecimento d. Aengamento no tornozlo dir.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Rx fratura dn APc Anatomia m e m

Diagnóstico | Conduta

Fratura exposta tornozlo dn

Prescrição | Horário da medicacão

1. AV Be pl th amigdla de urgencia,

Dr. Jeceni Filusino  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Coluna  
CRM-PB 6973  
CRM 6907  
ASP. Orla Ortopedia  
Id. 708908876



## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO:**

#### DESTINO DO PACIENTE:

- ( ) Residência      ( ) Transferido      ( ) Desistência      ( ) U.T.I  
( ) Alta a Pedido      ( ) Enfermaria      Óbito: ( ) Atestado      ( ) S.V.O      ( ) I.M.L

~~é a predicacão da salvação~~

Assinatura e Carimbo Médico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Nicácio da Silva Filho				Registro:	
Idade: 46a	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: OOTOP	EMP:	LR:
Data: 25/03/2020	Cirurgião: Dr. Jocerim			1º Assistente: Dr. Valdebaro	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: Dr Everardo	Tipo Anestesia: Raqui			Horário: I: 23:00	T: 00:40h
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
Fratura bimaleolar toruozelo dir. LEXOPOSTA - Grau II).					
CID					
582.6					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
O MESMO.					
CID					
582.6.					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
Tto cirúrgico trat. bimaleolar toruoz lo dir.					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim	Descreva:		
		2 ( ) Não			
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim			
		2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

1. Pct em DDH, sob náquianestesia.
2. Assepsia e antissepsia do mbd.
3. Proteção de ferimentos antero-medial no tornozelo  
d/m cl ±2,5cm

**Incisão:** 4. Realizado desbridamento cirúrgico do ferimento do tornozelo + lavagem exaustiva do topo de fratura (moldo medial) c/ sfo.9x66 furos.

5. Realizada redução + fixação cl 01f6 (2,0)

**Achados:** e 01 parafuso moleolar 40mm (3,5), sob controle de radioscopia.

6. Sutura da pele no ferimento medial

7. Realizando acesso lateral direto (longitudinal) para o 1/3 distal da diáfise do

**Conduta:** fíbula, adisseção por planos, localizado topo de fratura c/ fragmento em asa de borboleta.

8. Realizada redução + fixação cl placa

113 tubular 05 furos e fixações c/ 04

parafusos articolais 3,5mm x 18mm, controlada por radioscopia.

9. Sutura por planos.

10. curativo estéril.

**Fechamento:**

**OBS:** Una broca 2,5mm quebrou durante tentativa de desenverganha mesma.

**Data:** 26/03/2020.

  
MÉDICO CRM

JOCEMIR PAIXÃO

CRM PB-697





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Vicente do Nascimento Filho Data da Admissão: / /  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Dor em TNZ (D)

HDA: Faciente relata dor de queijo do ventre. Apresenta dor e edema em TNZ (D). Tensonamento em náuseas moderadas

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 [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melenas [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

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

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]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

[ ]JHAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Endo do TNEC (1), nódulo medial, moleto lateral.*Conduta: *Cirurgia + Inibidor**Dr. Josenir  
Dr. JMR3 Villelaun**David Pierre L. Matias  
Médico  
CRM-RN 6940*



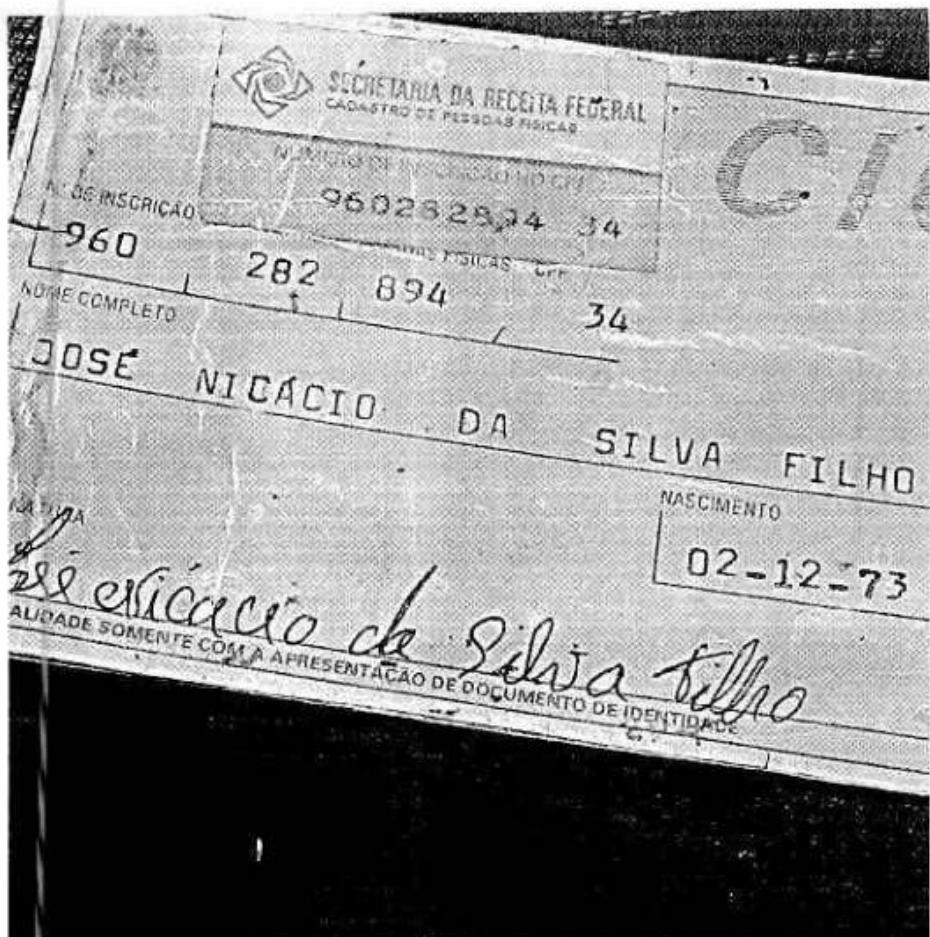
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 29



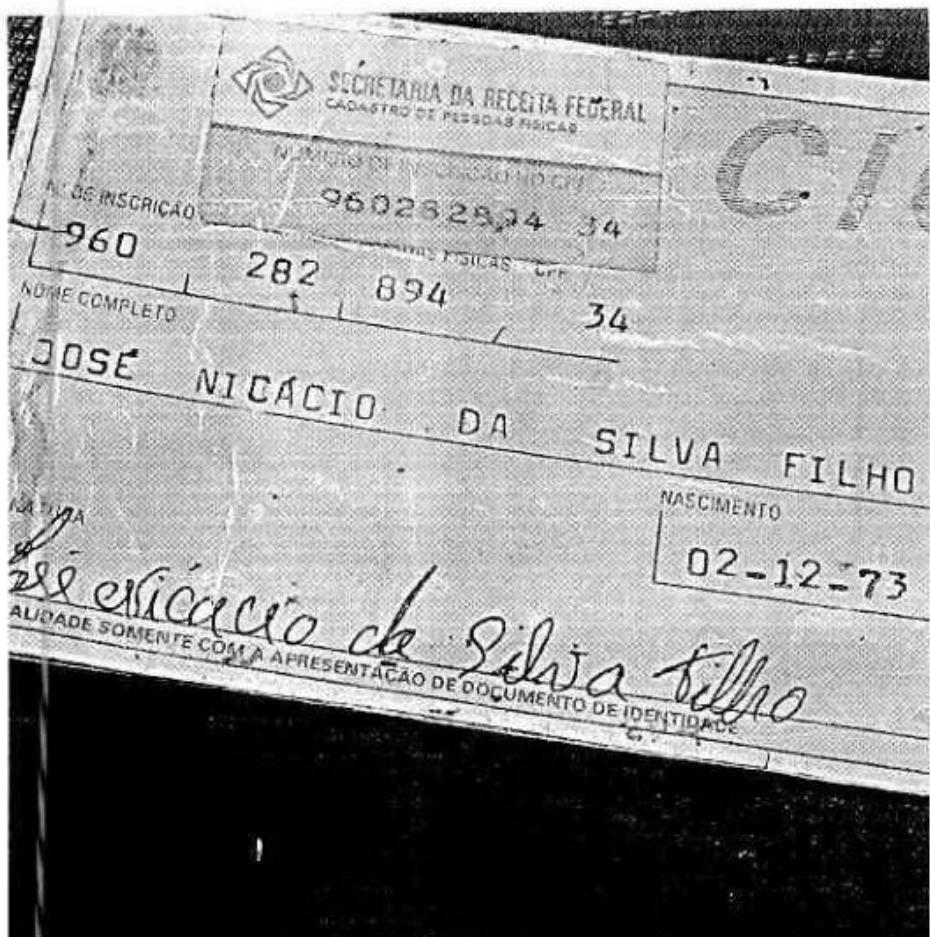
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

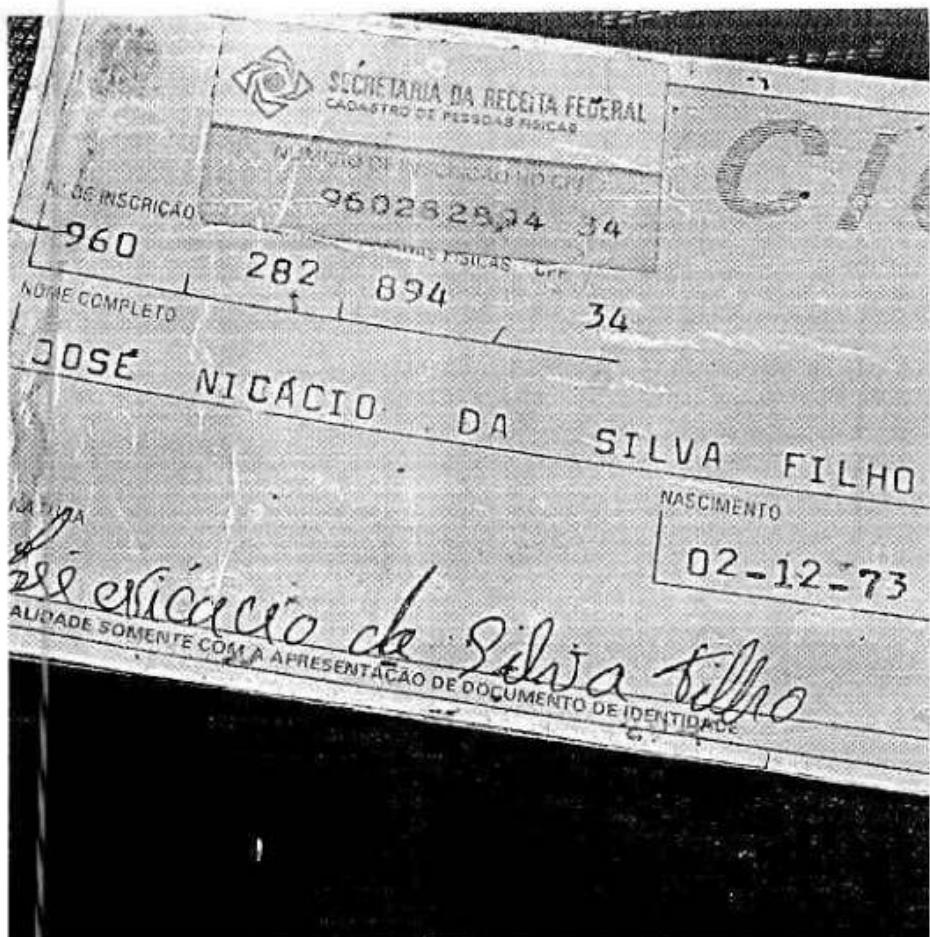
Num. 36066713 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 33





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 35

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200279510      **Cidade:** Caaporã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NICACIO DA SILVA FILHO      **Data do acidente:** 25/03/2020      **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P4

ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 INTESA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO brasileiro(a), estado civil casado profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Gleuber Rondonius Borges, 13 bairro Centro  
Município de João Pessoa, Estado de(s) PB Cep.: 58036-384 portador(a) do RG nº 3733383 SSP/ e CPF nº 960.282.894-34

Outorgado: Alessandro Lemos Duarte brasileiro(a), estado civil casado profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte, 157 bairro Vila M. da Barra  
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB Cep. 58036-384 portador (a) do RG nº 2627708 SSP/ e CPF nº 046-502-704-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Nicacio da Silva Filho ocorrido em 03/03/20 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza: invalidez

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

João Pessoa, 12, de Junho de 2020.

X pro Nicacio da Silva Filho  
Outorgante  
CPF Nº 960.282.894-34  
SUELIO MOREIRA TORRES  
VIEIRABATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE NICACIO DA SILVA FILHO, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Almeida Prado, número 13, bairro Centro, Município de Lagoa Seca, Estado de(s) PB, Cep. 58036-384, portador(a) do RG nº 3733383, SSP/ PB e CPF nº 960.282.894-34.

Outorgado: Marcio Lemos Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Augusto Escal. J. Costa, número 157, bairro Vila M. da Barra, Município de Joaçaba, Estado de (o) PB, Cep. 58036-384, portador (a) do RG nº 2627708, SSP/ PB e CPF nº 046-502-704-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jose Nicacio da Silva Filho ocorrido em 95.03.20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza: invalidez.

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

Joaçaba, 12, de Junho de 2020.

X por Nicacio da Silva Filho  
Outorgante  
CPF Nº 960.282.894-34  
VIEIRABATISTA CARTORIO

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171372/20

**Vítima:** JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 960.282.894-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/03/2020

**Titular do CPF:** JOSE NICACIO DA SILVA  
FILHO

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### JOSE NICACIO DA SILVA FILHO : 960.282.894-34

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](http://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: 22/06/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219360/20

**Vítima:** JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 960.282.894-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/03/2020

**Titular do CPF:** JOSE NICACIO DA SILVA FILHO

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### JOSE NICACIO DA SILVA FILHO : 960.282.894-34

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](http://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: 06/08/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:06:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911065258400000034440449>  
Número do documento: 20102911065258400000034440449

Num. 36066713 - Pág. 40