



Número: **0834294-67.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/06/2020**

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	
JULIA INES HAGEMANN GERHARDT (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) 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
37240 233	30/11/2020 10:37	2768286_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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200101625 Vítima: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

Data do Acidente: 01/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01829/01830 - carta_03 - INVALIDEZ

00060915



Carta nº 15600942





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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101625

Vítima: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

Data do Acidente: 01/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

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 15600943

Pag. 00219/00220 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101625

Vítima: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

Data do Acidente: 01/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

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: **JULIA INES HAGEMANN GERHARDT**

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

Banco: **001**

Agência: **000001681-0**

Conta: **000010026352-6**

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





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:

330.839.784-14

Julia Ines Hagemann Gerhardt

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:

Julia Ines Hagemann Gerhardt

330.839.784-34

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuse

R- Mal. Hermesida Fonseca 3270

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Pessoa

João Pessoa

PB

58035-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$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:

1681

CONTA:

26352

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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 às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ao morrer?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e gozarem 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 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:37:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010373351300000035536855

Número do documento: 20113010373351300000035536855

Num. 37240233 - Pág. 4



C/P





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00377.01.2020.1.00.401



CERTIFICO em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00377.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:39 horas do dia 10 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1566513, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu o(a) Sr. **Gerhardt**, CPF nº 110.819.784-14, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Ana Cristina Hagemann e Márcio José Gerhardt, natural de Lajes do Pinar, nascido(a) em 20/09/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Marechal Hermes da Fonseca, Nº 1270, bairro Bessa, tendo como ponto de referência Apt 02, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98661-3954.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Pb 025, Km 025, Lucena/PB, bairro Lucena. Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/11/19 16:30h. Tipificação em tese, enunciada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/11/2019, POR VOLTA DAS 16:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TWISTER DE COR AMARELA, ANO 2007, PLACA MNJ-2371/PB, CHASSI 9C2MC35007R032555, REGISTRADA EM NOME DE TIAGO ANDRE DAS CHAGAS, NA RODOVIA PB 025, LUCENA/PB, QUANDO O MOTORISTA DE UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A FAIXA POR ONDE VINHA GUARDANDO ESTA NOTIFICANTE E COLIDIU EM SUA MOTOCICLETA, VINDO ESTA A CAIR NO CHÃO, QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANAGASSA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRA. ANDREA H. NASRALO.

Sendo o que fazle a constar, certificando(a), o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Data:

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

JÚLIA INÊS HAGEMANN GERHARDT
Noticiante

Processamento Policial: 00377.01.2020.1.00.401





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:

330.839.784-14

Julia Ines Hagemann Gerhardt

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:

Julia Ines Hagemann Gerhardt

330.839.784-14

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuse

R- Mal. Hermesida Fonseca 3270

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Pessoa

Jardim Pessoa

PR

58035-190

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$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:

1681

CONTA:

26352

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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 às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ao morrer?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e gozarem 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 - Testemunhas

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:37:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010373351300000035536855

Número do documento: 20113010373351300000035536855

Num. 37240233 - Pág. 7



C/P





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>JULIA INES HAGEMANN GERHARDT</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 19 a	SEXO: FEM	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 28	LEITO: 424
DATA DE ADMISSÃO: <i>01/11/2019</i>		DATA DE ALTA <i>10/11/2019</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura radio distal DIREITO.</i>				CID <i>S52.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea do radio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES] <i>Paciente portador(a) de fratura de punho D, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de kirschner. 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.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA HOSPITALAR					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 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: <i>CEFALOXINA + AINES</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 7 dias para revisão. (DR. FIDEAS)					
10/11/2019 DATA			Dra. Andreia H. Nasrali Ortopedia/Cirurgia da Mão CRM 10.587 TEOT 13745 ASS. MÉDICO / C.R.M		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01681-0

CONTA: 000010026352-6

Nr. da Autenticação 2EABDA9B082AB87D



MARCIO JOSE GERHARDT

RUA MAL HERMES DA FONSECA, 1270 - AP 03 50035-183 - CEP: 58055-190

BESSA

JOAO PESSOA (AG: 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

Roteiro: 009 - 0008 - 556 - 2220

Nº do Medidor: 0000014004

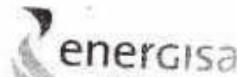
MATRÍCULA: 582730-2010-11-2

DOM. ENT:

LIGAÇÃO: MONOFASICO

DOM. BANG:

CNPJ/CPF/RANI: 720.773.440-91



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 05.895.183 / 0001-40 Ins. Est: 15.015.823-0

Nota Fiscal/Centro de Energia Elétrica
Nº: 034.362.864

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Emissão: 18/11/2019

Identificador para Débito Automático: 0000682730-7

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PRÓXIMA LETURA

UC - LINHA DE CONSUMIDOR

Novembro/2019

21/11/2019

16/12/2019

5/682730-7

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS(R\$) 0,8397%	COFINS(R\$) 3,8679%
0601	Consumo em kWh	131,000	0,545400	0,798510	104,81	104,81	27	28,25	104,81	0,88	4,04
0601	Adic. B. Amarela				1,39	1,39	27	0,37	1,39	0,01	0,05
0601	Adic. B. Vermelha				3,82	3,82	27	1,03	3,82	0,03	0,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0607	CONTRIB SERVILUM PÚBLICA				4,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 114,21 109,82 29,65 109,82 0,92 4,24

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S/A	27,38	23,98
COMPRA DE ENERGIA	39,46	34,55
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	4,01	3,50
ENCARGOS SETORIAIS	4,10	3,58
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	39,29	34,32
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	114,21	100,00

- Valor Encargo Uso Sist. Distr. (Ref 09/2019): R\$ 39,37

VENCIMENTO

28/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 114,21

Reservado ao Fisco

d771.93df.97f8.a02a.420c.0ddf.74b4.afad

RECIBO DO PAGAMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:37:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010373351300000035536855>

Número do documento: 20113010373351300000035536855

Num. 37240233 - Pág. 11



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/BIBLIOTECABEB/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
Julia Ines Hagemann Gerhardt inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.819.784, 14
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Julia Ines Hagemann Gerhardt
inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.819.784, 14, 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 Jose G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Telefone: <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:37:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010373351300000035536855>
Número do documento: 20113010373351300000035536855

Num. 37240233 - Pág. 12



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/BIBLIOTECABEB/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
Julia Ines Hagemann Gerhardt inscrito (a) no CPF sob o Nº 310.819.784, 34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Julia Ines Hagemann Gerhardt
inscrito (a) no CPF sob o Nº 310.819.784, 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 Jose G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Telefone: <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:37:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010373351300000035536855>
Número do documento: 20113010373351300000035536855

Num. 37240233 - Pág. 13

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58016-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 275406 Atd: Nao Regular
Data: 01/11/2019
Hora: 18:23:51
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: Num. Prontuario: 2019.11.000090

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986613954
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/09/2000 Id: 19 ano(s)

End.: RUA MARECHAL HERMES DA FONSECA, 1270

Bairro: BESSA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANA CRISTINA HAGEMANN

Pai: MARCIO JOSE GERHARDT

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

Tel/Doc. Responsavel: 986613954 / SEM DOCUMENTO: SD

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

EXAME CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

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

Principais

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Trauma em ponto direito
possível fratura. Sem feridas no local.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

CO: 1) Tramadol 100mg + paracetamol de 500mg. EV - 1 p.p.
2) A. O. 1000



[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

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

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Juli Ana A. Guedes			Data da Admissão:	01/11/19
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:					
HDA:					
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em []Prurido []Sudorese					
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros:					
Pele:					
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe					
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: Visão:					
AR e ACV: []Dor []Tosse []Expectoração []Hemoptise					
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema Outros:					
ABD: []Dor []Pirose []Soluço []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-reposso []Deformidades					
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos					
SN e PSO: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade					
[]Amnésia []Libido []Humor					



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 _____

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: *Int. ex. Denti* (1)

Conduta: *Int. ex. Denti*





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Júlio José				Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:		
Data:	Cirurgião:	Prof. Dr. [Assinatura]		1º Assistente:	[Assinatura]		
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:				
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:		I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID		
[Assinatura]							
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID		
[Assinatura]							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO		
[Assinatura]							
[Assinatura]							
Acidente durante Ato Cirúrgico					Descreva:		
1 () Sim							
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							



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

P. de h. de

Incisão:

Ret. sup.

Achados:

1. Vene f. (1)

Conduta:

Arterio-ven. l. e

l. e

Fechamento:

OBS:

Data:

8/11/19

Dr. Fídias G. F. Borborema
CRM-PB: 5375
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

MÉD. CO/CRM





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101625 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT **Data do acidente:** 01/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Julia Ines Hagemann Gerhardt, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Auxiliar de Produção, residente e domiciliado à Rua HERMES DA FONSECA nº 3270, bairro BESSA, Município de Santa Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58066-384, portador(a) do Rg nº 42.69.914, SSP/PB e CPF nº 110.819.784-14.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal E. C. B. Silva nº 151, bairro Monte Castelo, Município de Santa Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58066-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 155.526.024-91.

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) Julia Ines Hagemann Gerhardt, ocorrido em 01/11/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

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.

Jose Eduardo da Silva 09 de Janeiro de 2020.



x Julia Ines Gerhardt
Outorgante
CPF Nº 110.819.784-14

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030998/20

Vítima: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

CPF: 110.819.784-14

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIA INES HAGEMANN GERHARDT

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

JULIA INES HAGEMANN GERHARDT : 110.819.784-14

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: 22/01/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

