



Número: **0807670-72.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/10/2020**

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	
JOSELITO DA SILVA COSTA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37239 460	30/11/2020 10:24	2769527_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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200212474

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

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,

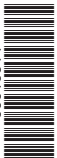
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15860954

Pag. 01821/01822 - carta_01 - INVALIDEZ

00010911





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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308997

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

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,

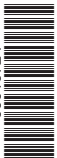
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16083552

Pag. 01447/01448 - carta_01 - INVALIDEZ

00010724



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A.S.I.	3 - CPF da vítima: 763.282.024-20	4 - Nome completo da vítima: Jesulita da Silva Costa
------------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo	Jozelita da Silva Costa		6 - CPF	761.282.024-20
8 - Profissão	9 - Endereço	10 - Número	11 - Complemento	
Preceito	R- Cícero Berta Salimbuha Sn			
12 - Bairro	13 - Cidade	14 - UF	15 - CEP	
João Paulo II	João Pessoa	PB	58076-692	
16 - E-mail	(83) 9863-4900			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a usar a informação fornecida aqui para a finalidade, a qual é a de avaliar e emitir uma recomendação de seguro, a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde que 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 impedido(a) 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo asinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização da Seguradora Líder por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às normas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.194/94, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não agredir a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a conclusão desta, se for o caso.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: Filhos(as):	30 - Vítima deixou filhos? (se não, não responder)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: Irmãos:	33 - Vítima deixou pais/mães vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	--	---	--	--	--------------------------	--	---	-------------------------------------	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder Garanti, caso devida, a indenização do Seguro EPVA por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem este vínculo, optando pelo valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) declarado. Se ocorrer a morte, eu poderei garantir o benefício de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

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

36 - CPF legível de quem assina a proposta pedida

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

40 - Local e Data.

38 1st Notice
CP:

Assinatura da testemunha

39-72 | Nome
CPF:

Assinatura da testemunha

42: Assinatura do Representante Legal do Fornecedor

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





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 A.S.I.	3 - CPF da vítima: 765.282.024-20	4 - Nome completo da vítima: Joselito da Silva Costa
------------------------------	--------------------------------------	---

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

5- Nome completo: **Joselita da Silva Costa** 761.282.024-20
 7- UF: **PE** 8- Endereço: **R- Cícero Benta Salimha Sn** 9- Número: **58076-692** 10- Complemento:
 11- Bairro: **João Paulo II** 12- Cidade: **João Pessoa** 13- Estado: **PB** 14- CEP: **(83)98663-4900**
 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"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 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) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 CONT.: 03429 AGÊNCIA: CONT.:
(Informar o órgão se existir) (Informar o código se existir) (Informar o órgão se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Superadora usar a informação contida neste formulário em relação à minha pessoa, a fim de obter o benefício previdenciário devido e a que eu tiver direito reconhecendo-a 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 impedido(a) 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 da Instituição da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/54, art. 4º, § 1º, declarando que esta autorização não agredir a minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a conclusão da mesma, entendendo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou: herdeiros sobreviventes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou: parentes vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	--	--	---	--	--------------------------	--	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Fênix Garanti, caso devida, a indenização do Seguro EPVA por morte ou invalidez, e que, se apresentarem e comprovarem a existência de condições de risco, a Seguradora Fênix Garanti poderá cancelar o seguro e a indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

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

35 - CPF legível de quem assina a proposta pedida

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

40 - Local e Data

38 1st Notice
CP:

Assinatura da testemunha

39-72 | Nome
CPF:

Assinatura da testemunha

42: Assinatura do Representante Legal do Fornecedor

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cicero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA, PLACA QSI 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760, em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Marçabeira.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



JOSELITO DA SILVA COSTA

B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8

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, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cicero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA, PLACA QSI 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760, em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Marçabeira.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



JOSELITO DA SILVA COSTA

B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8

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, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou A.S.L.	3 - CPF da vítima: 765.282.024-20	4 - Nome completo da vítima: Joselito da Silva Costa
------------------------------	--------------------------------------	---

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

Nome completo		CPF	
Joséilda da Silva Costa		761.282.024-20	
Profissão:	Indicação	9 - Número	10 - Complemento
Precurso	R- Gicere Berta Salgueira	9	10
Cidade	12 - Estado	13 - País	14 - CEP
João Paulo II	João Pessoa	PB	58076-692
15 - E-mail		16 - Telefone	
		(83) 98663-4900	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o órgão se existir) (Informar o código se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o órgão se existir) (Informar o código se existir)

Autorizo a Seguradora a usar a informação contida neste formulário para a finalidade, a qual ela, a Seguradora, se comprometeu no artigo 1º da Lei nº 10.247/2001, reconhecendo e dando, desde que se efetivar o 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 impedido(a) 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 da Junta de Seguradora Lide para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não agredirá minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discordo das suas conclusões.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Víctima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

26 - Víctima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--------------------------	--	--	--	--------------------------	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder Garanti, caso devida, a indenização do Seguro EPVA por morte aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem este vínculo, optando pelo valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) (valor declarado). Se ocorrer a morte, eu poderei garantir o benefício de R\$ 100.000,00 (valor declarado) além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

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

36 - CPF legível de quem assina a proposta pedida

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

38 1^a | Nome: _____
CPR: _____

Assinatura da testemunha

39-22 | Nome_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

42- Assinatura da vittima/beneficiário (declarante):

42. Assinatura do Representante Legal (30 linhas)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-501 V002/2019





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000003429-0

Nr. da Autenticação 13692615C65762F3



energisat

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1464438-9

VALOR DA FATURA
R\$ 71,48

 VENCIMENTO
24/04/2020

REFERÊNCIA
Abr / 2020

 CONSUMO
87kWh

FATURAS EM ATRASO

Month	Price
Mar'20	R\$54.01
Feb'21	R\$25.74
Dec'18	R\$24.75
Mar'19	R\$77.00
Apr'19	R\$22.40
-6 CONTAS	R\$22.79

CDI, Códice de Classificação do bem
Família Triplex: 0.54347

[illegible][illegible]

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Wskazanie przynajmniej jednej osoby, która posiadała w tym czasie dostęp do danych osobowych, w tym do danych osobowych, które mogły być wykorzystane do zidentyfikowania osoby, której dane zostały przetwarzane, jest wymagane, jeżeli osoba ta jest w stanie wskazać, że dane te zostały przetwarzane w sposób niezgodny z przepisami o ochronie danych osobowych.

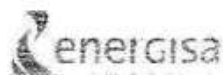
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - BR 290, Km 02 - Centro, Rolândia, Jataí, Paraná PR - CEP 84000-000
FONE (41) 308.100-200-40 FAX (41) 308.823-00

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA Fica disponivel para consulta e pagamento a partir da 15/04/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL



BOLETO PARA PAGAMENTO



Boleto para pagamento

Energisa paraibá - Distribuidora de Energia S.A.

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58000-000

Nº 042.343.155

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58011-680
CNPJ 35.095.183/0001-40 - Inscr. Est. 16.655.825-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA		5/1698281-1		
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesse www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 09367.29417 1 82390000015083				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-15				
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
31502440009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58011-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-2/447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>

Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 13



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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 83 | 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=29635>

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 COAF¹.

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 José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Joselito da Silva Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 761.282.024/20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joselito da Silva Costa

inscrito (a) no CPF sob o nº 761.282.024/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 15/06/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

OLDRL.001 V301/2017



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

Ficha Nr: 297204

Atd: Nao Regulado

Data: 26/01/2020

Hora: 17:02:21

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSELITO DA SILVA COSTA

Num. de vezes atendido: 8

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 761.282.024-20

Num. Prontuario: 2017.03.000230

CNS: 708102164062840 Sexo: M IDENTIDADE: 1341844 Fone: 986778465

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/12/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA JOBSON DE ALMEIDA SA, 150

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CARMEN DA SILVA COSTA

Pai: JOAO FAUSTINO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA

Fel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pl. Iencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Q Principal

Observacao

TRAUMA EM MI

Acidente Moto - dia 25.01.20

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

em 23 h. Atendido no Hospital

Diagnostico

de Trauma e Exame Fisico

Prescricao

Horario da medicacao

de 26-01-20 às 18:00

No local: Leito Particular





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joseildo da Silva Costa Data de Admissão: 20/01/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / _____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ dias [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Receituário

Paciente: JOSELITO DA SILVA COSTA

Idade: 50

Data: 26/01/2020 08:14:00

Sexo Masculino

CPF: 76128202420

BAE: 1218763

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRUAMA NO JOELHO E APÓS QUEDA HÁ HORAS

HD: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CD: ENCAMNHO CONFORME PACTUACAO.

Igor Queiroz Cavalcanti
CRM - PE 7733 / CBO - PE 18443

Dr. IGOR QUEIROZ CAVALCANTE

7733/null

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. - CATEGORIA DE
1054582 65P PB

CPF
455.536.024-91

DATA NASCIMENTO
02/04/1967

ENDEREÇO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

FORMAÇÃO
ACD 65P AD

Nº REGISTRO
02724153162

VALIDADE
10/11/2019

DATA EMISSÃO
06/04/1992

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1009001575

ASSINATURA
[Assinatura]

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

Data Emissão
11/11/2014

Assinatura
[Assinatura]

Nº REGISTRO
60378888469

DATA EMISSÃO
PB025945608

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014957832915 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguraviao-lider.com.br
SAC D-VAT 0800-022.1304

EXERCÍCIO 2019 16/12/2019

DATA EMISSÃO

1 76128202420

CPF: 020

PLACA

01216509252

RENAVAM

Q8J4186/PB

YAMHAH/NEO 125

MARCA/Modelo

2019 9

ANO/FAB

9066EB520L000760

CHASSI

PRÊMIO TARIFARIO

PNB (R\$) + + + + +

DO ATUAL (R\$) + + + + +

VALOR DO SEGURO (R\$) + + + + +

CUSTO DO BILHETE (R\$) + + + + +

GRUPO SEGURO

PAGO

DATA DE OUTRAGEM

18/12/2019

COPIA (UNICA)

18/12/2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.249.930/0001-04

7002781-1633132-20191226

MD-2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308997 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1-2(BAM) P.3(CIRURGIA) P.4(RELATÓRIO)

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Joelito da Silva Costa</u>		PRONTUÁRIO Nº: _____	
IDADE: _____	SEXO: _____	END: _____	LEITO: _____
DATA DE ADMISSÃO: _____		DATA DE ALTA: _____	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura do fêmur</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>ff. conservada</u>		CID: _____	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____		_____	
PRINCIPAIS EXAMES: _____		_____	
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____			
FARMACOTERAPIA/MEDICAMENTOS: _____			
ANATOMIA PATOLÓGICA: _____			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO: _____		_____	
CONDIÇÃO DE ALTA: <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO		_____	
RESUMO CLÍNICO: <u>Admitido em 10/03/2020</u> <u>AP. DTH</u> <u>Cl. MA. Ampla</u> <u>Costa</u>			
DIETA: _____			
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: _____			
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____ para retirada de pontos em 30 dias para revisão.			
DATA: <u>28/02/2020</u>		ASS. MÉDICO / CRM: _____	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



PROCURAÇÃO

Outorgante: Joelito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Ajudante Geral, residente e domiciliado à Rua Luciano Brito Sobrinho S/N, bairro João Paulo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53043-692, portador(a) do Rg nº 9.343.842, SSP/ PB e CPF nº 763.282.024-20

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Genê Fúcel Costa Duarte 157, bairro Alameda, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53056-384, portador(a) do RG nº 3054562 SSP/ PB e CPF nº 435.536.024-91

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) Joelito da Silva Costa, ocorrido em 25/01/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validade

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 da 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, 26 de Junho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Joelito da Silva Costa,
Outorgante
CPF Nº 763.282.024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Joelito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Ajudante Geral, residente e domiciliado à Rua Luciano Brito Sobrinho S/N, bairro João Paulo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53043-692, portador(a) do Rg nº 9.343.842, SSP/ PB e CPF nº 763.282.024-20

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Genê Fúcel Costa Duarte 157, bairro Alamogaras, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53056-384, portador(a) do RG nº 3054562 SSP/ PB e CPF nº 435.536.024-91

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) Joelito da Silva Costa, ocorrido em 25/01/20, 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 da 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, 26 de Junho de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Joelito da Silva Costa,
Outorgante
CPF Nº 763.282.024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242616/20
Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA
CPF: 761.282.024-20
CPF de: Próprio
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.
Data do acidente: 25/01/2020
Titular do CPF: JOSELITO DA SILVA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSELITO DA SILVA COSTA : 761.282.024-20

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: 28/08/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

