
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120401

Vítima: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **136 488 854 80 Ritor Gabriel S. de Araujo**

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

5 - Nome completo: **Ritor Gabriel S. de Araujo** 6 - CPF: **136-488.854-80**
7 - Profissão: **Recusado** 8 - Endereço: **R- M^a Auxiliadora Silva** 9 - Número: **148** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Itaú Andaraia** 12 - Cidade: **Bayeux** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58309-650**
15 - E-mail: **(85) 9 8063-4900** 16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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\$1.00 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: **7730** ☐ CONTA: **443.19** ☐ 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará o valor devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme legislação, e que, quando o artigo 5º, inciso I, da Lei nº 5.194/74, for aplicado, a declaração de veracidade poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - ☐ Não alfabetizado
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:

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa - PB 30/03/2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº da Agência/Conta/DAC

7730/44319-4 / 500

cliente
de Contratação de Serviços - PF e de
ado e passará a ter acesso à Conta

ção dos seguintes serviços:

Sim ☒ Não

(Victor Pontal)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01998.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01998.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:18 horas do dia 21 de fevereiro 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 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Vitor Gabriel Salustiano de Araújo**, CPF nº 136.488.854-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Frentista, filho(a) de Roberta Salustiano de Assis e Robson de Sousa Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/11/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Auxiliadora, Nº 193, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Mercadinho Padre Cicero, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98853-3062.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Sr. do Bomfim, Em Baixo do Viaduto, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/19 13:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

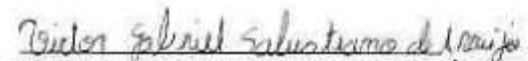
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 29/12/2019 por volta das 13:40 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 160 START ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSA6578/PB CHASSI: 9C2KC2500JR138623 pertencente a Sra. ROBERTA SALUSTIANO DE ASSIS, portadora do CPF: 011.724.024-93, Que conduzia normalmente a moto pela Rua Sr. do Bom Fim, Bayeux, Quando foi atingido por um veículo não identificado que evadiu-se do local. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros, e conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA sendo transferido, em seguida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA: FRATURA BIMALEOLAR CID: S82.6, conforme LAUDO MÉDICO-RESUMO DE ALTA assinado pela Dr. YURI CORDEIRO CRM 11507 PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2020.


CRISTIANO CRUZ CORÐULA
Agente de Investigação


VITOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAÚJO
Noticiante

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: **336 488 854 80 Ritor Gabriel S. de Araujo**

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

5 - Nome completo: **Ritor Gabriel S. de Araujo** 6 - CPF: **336-488-854-80**
7 - Profissão: **Recusado** 8 - Endereço: **R- M^a Auxiliadora Silva** 9 - Número: **348** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Itaú Andraazza** 12 - Cidade: **Bayeux** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58309-650**
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): **(81) 98063-4900**

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

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

AGÊNCIA: **7730** (Informar o dígito se existir) CONTA: **443.19** (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará o valor devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme legislação, e que, quando o artigo 3º, §1º, da Lei 5.194/74, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

34

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: **João Pessoa - PB 30/03/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nº da Agência/Conta/DAC

7730/44319-4 / 500

cliente
de Contratação de Serviços - PF e de
ado e passará a ter acesso à Conta

ção dos seguintes serviços:

Sim ☒ Não

(Victor Pontal)



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VITOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAÚJO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 19	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 29/12/19		DATA DE ALTA: 03/02/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT RINGUELADE @				CID: S.82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: ND					
PROCEDIMENTO REALIZADO: curativo TTO conservador					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
EXATidão DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

REGISTRO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
Paciente com fratura e PT SE DEBILITADO	
SE-DO AL TPO POR TTO CONSERVADOR E	
acompanhado pelo de fratura ambulatorial	

DIETA: livre	
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: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: DICÉ + CEFOLEXIM	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do Dr. Rodolfo / Yury em 30 dias para revisão.

DATA: 03/02/20	Dr. Yury Cordeiro CRM 11.507 PB Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000044319-4

Autenticação:

295883FD6E495A80AE45686B4E594EFD6CA7D90A3BAB3A99D33C92E8C15EE75A



Lote: MONOFÁSICO
 Car: RES MTCB / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
 Roteiro: 18 - 225 - 2940
 Med: 7030653300

ENERGIA PARA SA DISTRIBUCIÃO ENERGIA S/A
 R. 250, Km 25 - Estrada Resende - 460 Pádua / SP - CEP 04611-190
 CNP J 06.095.152/0001-40 - Insc Est 15.015.920-3

Nota Fiscal/Contato Energia Elétrica: 0037 312 250
Cód. para Dab. Automático: 00004197892

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPI/ RANI
Jan / 2020	24/01/2020	26/02/2020	024.509.624-06 res. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/419780-2

Canal de irrigação

* Tarifa Social de Energia Elétrica - 1999 foi criada pela Lei nº 10.408, de 26 de abril de 2003.
Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso. Poderá negociar para você sempre a uma hora numa boa!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
26/12/18	1939	24/11/20	7147		1		193		29
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Valor Total	Valor Unit	Alq. G	Alq. B	Tempo G	Tempo B	Consumo
		Unidades	Total (R\$)	CAS (R\$)	1048		Por Consumo (R\$)	0,3600 (R\$)	4,559 (R\$)
0531	Consumo de 320WV-BP	20,333	0,26890	0,76	0,08	27	2,18	0,08	0,03
0531	Consumo - 31 a 100WV-BP	70,029	0,482170	11,26	32,39	27	9,73	32,39	0,03
0931	Consumo - 101 a 220WV-BP	0,006	0,883250	0,23	0,23	27	1,08	0,23	0,08
0531	Adic. B. Antena			1,18	1,18	27	0,32	1,18	0,01
0510	Suporte			39,27	39,27	27	10,33	39,27	0,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0567	CONTRIBUIÇÃO LUM. PUGUCA			0,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0934	JUROS DE MORA 11/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0934	JUROS DE MORA 12/2018			0,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	MULTA 11/2018			2,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3925	MULTA 12/2018			1,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Suporte			25,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CGT Códigos de Classificação do Item	TOTAL	28,91	29,11	29,24	29,11	0,00	2,90
Tarifa de Trânsito AM200NH 0,161720	AM1900NH 0,211620	AM200NH 0,467270					

Media Utilização mensal (KWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
132	31/01/2020	R\$ 68,81

Historical Consumption (kWh)

108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19	Nov19	Dec19
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Year	Actual (%)	Projected (%)
1950	7.0	7.0
1960	8.0	8.0
1970	9.0	9.0
1980	12.0	12.0
1990	13.0	13.0
2000	14.0	14.0
2010	15.0	15.0
2020	16.0	16.0
2030	17.0	17.0
2040	17.5	17.5
2050	18.0	18.0

RESERVADO AO FISCO
21ae 22a5 af27 4575 bc44 f0e7 3aa8 5a59

Comissão de Contas

Valor

Indicadores de Qualidade	Discriminacao	(R²)
Limite de Tensão		0,32

[illegible]

DIC 1980	6.18	0.77	NORMAL	220	Georges de Marnet Eugénie Sforza Emmanuel Sforza	206
MAR 1981	10.99					

DICATUM	20.77		CONTRATADE	200	Cabos Armados	2.00
EIC MEDIAL	2.98	2.00	JUNTA DE	200		

PC TRAMTEL	532	DATE: 10/20/01	231	Total	68.91
PCANJL	1346	EMTEGPERCH			
	202				

12.22

Patentes 671

Se trata de la figura de San Francisco, con un manto de 193,25 m.

[Illegible text]

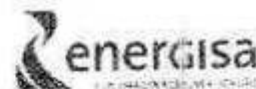
[illegible]

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Com o código de barras associado ao boleto, você pode consultar o status da sua conta. Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1698281-1		
REFERÊNCIA JAN/2020	APRESENTAÇÃO 20/01/2020	CONSUMO 227	VENCIMENTO 27/01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.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: 4020-1556 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCCORRIGIDA/ASPXTIPO=18CODIGO=25696>

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 RESSARCIMENTO. 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 6.131/58.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Vitor Gabriel Salvatiano de Araujo inscrito (a) no CPF sob o nº 136.488.854 - 80

do sinistro de DPVAT Dano/Invalidez da vítima Vitor Gabriel S. de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o nº 136.488.854 - 80, 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 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: <u>Rua Agente Fiscal Pr. 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 10/01/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
NACIONAL NACIONAL DE HABITACAO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIFIC. / ORDEM DE ID. 2027712 201 79
	CPF 046.502.754-74
	DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	RESIDENCIA ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
<div> <div>PERSONAL</div> <div>ACC</div> <div>CURVA</div> </div>	
<div> <div>Nº IDENTIFIC.</div> <div>01851785660</div> </div>	
<div> <div>VALIDADE</div> <div>16/01/2019</div> </div>	
<div> <div>1ª EMISSÃO</div> <div>29/06/2001</div> </div>	
<div> <div>OUTRAS COISAS</div> <div></div> </div>	
<div> <div>Alexandra Cesar Duarte</div> <div>SECRETARIA DE HABITACAO</div> </div>	
<div> <div>LOCAL</div> <div>JOAO PESSOA, PB</div> </div>	
<div> <div>DATA EMISSÃO</div> <div>17/01/2014</div> </div>	
<div> <div>Rodolfo Carneiro</div> <div>66588306744</div> </div>	
<div> <div>66027919595</div> </div>	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PRIMEIRO PLASTIFICAR
894056231

PROCURAÇÃO

Outorgante: Vitor Gabriel Salustiano de Araújo brasileiro(a), estado civil Molteiro, profissão Freemason, residente e domiciliado à Rua Maria Superladora nº 198 bairro Maria Andreza Município de Bayer Estado de (o) PR Cep. 58056-384 portador(a) do Rg nº 4.135.589 SSP/ PR e CPF nº 136.488.854-80

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J Costa Duarte nº 157 bairro Manga Beira Município de João Pinheiro Estado de (o) PR Cep. 58056-384 portador (a) do RG nº 262.718 SSP/ PR e CPF nº 046.502.754-74

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) Vitor Gabriel Salustiano de Araújo ocorrido em 29/12/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza em validade / Dams.

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.

Bayer

20 de fevereiro de 2020.

x Vitor Gabriel Salustiano de Araújo
Outorgante
CPF nº 136.488.854-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

 **Santiago Pereira**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

Av. Liberdade, 3435 - Bayer
Paraná - CEP: 58305-000
Fone: (83) 3232-178

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-002037

Reconheço por autenticidade a firma de
VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

Doou fe. em testemunho da verdade. Bayer - PR, 20/02/2020 às 05:52
EOL: R\$18,22 FEPJ: R\$2,04 CARPEN: R\$0,30 ISS: R\$0,51

SELO DIGITAL: RJV62108-NBZT

Confira a autenticidade em <https://selodigital.100b.jus.br>


PAULO ROBERTO BORGES SANZADA - ESCRIVENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095418/20

Vítima: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

CPF: 136.488.854-80

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: VICTOR GABRIEL
SALUSTIANO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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

VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO : 136.488.854-80

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: 17/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200120401 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO 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 LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75