



Número: **0801220-86.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.506,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO (AUTOR) | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 37720 201 | 11/12/2020 09:39 | <u>2772844_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | 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, 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, 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 15634710





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 no ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *Wítor 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: *Wítor Gabriel S. de Araujo* 6 - CPF: *136.488.854-80*
 7 - Profissão: *Aluno* 8 - Endereço: *R- N° 193 Auxiliadora Silveira* 9 - Número: *193* 10 - Complemento: *Bl. 1º Andar*
 11 - Bairro: *Bayeux* 12 - Cidade: *Bayeux* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58309-650*
 15 - E-mail: *(83) 98863-4900*

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:

REUSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *77300*

CONTA: *443.59*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder a creditação conta bancária informada, de minha titularidade, a valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse jeito 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 acimulado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, 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 8.194/74, 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 da sua realização.

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 cônjuges(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, - tornar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 Sim filhos? Não Vivos Falecidos Seu(s) cônjuges? Vivos Falecidos Irmãos? Vivos Falecidos pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, nessa hipótese, caso de óbito, a indicação de Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estendendo o direito à indenização ao beneficiário declarado na declaração, não sendo a Líder responsável por gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome 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:

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS



Nº da Agência/Conta/DAC
230/24310-41500

cliente
de Contratação de Serviços - PF e de
ado e passará a ter acesso à Conta
ão dos seguintes serviços:

Sim
 Não

(*Victor Poulatto*)



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



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 N° 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, N° 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 no 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2020.

VITOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAÚJO
Noticiante

Procedimento Policial: 01998.01.2020.1.00.401

1/1





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 no ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *Wítor 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: *Wítor Gabriel S. de Araujo* 6 - CPF: *136-488-854-80*
 7 - Profissão: *Aluno* 8 - Endereço: *R- N° 193 Auxiliadora Silveira* 9 - Número: *193* 10 - Complemento: *Blauex*
 11 - Bairro: *Blauex* 12 - Cidade: *Bayeux* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58309-650*
 15 - E-mail: *(83) 98863-4900*

DADOS CADASTRAIS

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:

REUSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *77300*

CONTA: *443.59*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder a creditação conta bancária informada, de minha titularidade, a valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse jeito 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 acimulado, 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 8.194/74, 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 da sua realização.

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 cônjuges(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, - tornar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder não é, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estendendo-lhe, de fato, o que é devido, a título de indenização, declaração não verificada. Ia poderia gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



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:

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 30/03/2020

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Nº da Agência/Conta/DAC

230/24310-41500

cliente
de Contratação de Serviços - PF e de
ado e passará a ter acesso à Conta
ão dos seguintes serviços:

Não

(*Victor Poulatto*)





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| NAME | VITOR GABRIEL SANTOSIANO DE ANDRADE | | | FRONTEARIA N° | |
| IDADE | 19 | SEXO | CLÍNICA | ESF | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO | 29/12/19 | DATA DE ALTA | 03/02/20 | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL | SI RINITE | | | CID | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | O mesmo | | | S. 82.6 | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| TRATAMENTOS E EXAMES | Rx | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | curativo 1º dia conservador | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO FQ | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | EXTRAIR MATERIAIS | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDICÕES DE SAÍDA | <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | REMOVIDO | A PEDIDO | CURADO | ÓBITO |
| RESULTADO FÍSICO | BORDA EXCLUÍDA TECNICAMENTE COMPLETO | | | | |
| PACIENTE COM PONTO → FZ SE DESEJO SERÁ ALTO POR 1º DIA CONSERVADOR E. ACOMPANHAR MÉDICO PE PONTO SEM LIGAÇÕES | | | | | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | | | |
| DIETA | LIVRE | | | | |
| REPOUSO | Relativo em casa por _____ dias. Retomar as atividades sem esforço físico em _____ dias. Retomar as atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias. | | | | |
| CEUDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA | Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar. | | | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA | DINE + CEFOLEXINA | | | | |
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Nuno / Yury</u> em 30 dias para revisão. | | | | |
| DATA | 03/02/20 Dr. Yury Cordeiro CRM 11.607 PB Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO CRM | | | | |
| Este documento cumpre a comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |



ITAU - 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

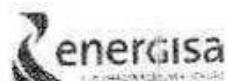


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:39:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109394780200000035983976>
Número do documento: 20121109394780200000035983976

Num. 37720201 - Pág. 8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é seguido via de correio.
Documento não é enviado para a casa de correio. N.º 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.095.163/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

DEADOS 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

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2020

20/01/2020

227

27/01/2020

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 | 09.095.163/0001-40 |

BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.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: 020-1556 / 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 Ouvicidão: 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=25696>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores 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 fonte de renda mensal, item 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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LII Nº 9.613/58.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Gliton Gabriel Salustiano de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.488.854-80

do sinistro de DPVAT cobertura Danos/Invalidez da Vítima Gliton 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:

Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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 6- Duarte</u> | Número: | <u>157</u> | Complemento: | | | |
| Bairro: | <u>Manoel Góes</u> | Cidade: | <u>João Pessoa</u> | Estado: | <u>PB</u> | CEP: | <u>58056-384</u> |
| E-mail: | <u>(83) 98663-4900</u> | | | | | | |

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:39:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109394780200000035983976>
Número do documento: 20121109394780200000035983976

Num. 37720201 - Pág. 12

PROCURACÃO

Outorgante: Vitor Gabriel Salustiano de Araújo brasileiro(a), estado civil Militar, profissão Frentista, residente e domiciliado à Rua Flávia Alves Lacerda, aptº nº 198, bairro Maria Andrade, Municipio de Brasília, Estado de(s) DF, Cep. 70000-000, portador(a) do Rg nº 4.135.589, SSP/ DF e CPF nº 136.988.852-80.

Outorgado: Alexandre Lacerda Duarte, brasileiro(a),
estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à
Rua Adhemar Fuchs Jr. Costa Dutra, nº 157, bairro Mansão Bela,
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-334
portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº. 046.503.754-74

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) Vítor Gabriel Gauustino de Souza, ocorrido em 29/12/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza em validade / Dam.

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.

Barreiro 20 de Fevereiro de 2020.

× Victor Gabriel Salustiano de Araújo

Outorgante
CPF nº 136.488.854-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095418/20

Vítima: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

CPF: 136.488.854-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2019

Titular do CPF: VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:39:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109394780200000035983976>
Número do documento: 20121109394780200000035983976

Num. 37720201 - Pág. 14

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 |

