



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	2772844_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, 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

Carta nº 15634710

Pag. 01335/01336 - carta_01 - INVALIDEZ





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:

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

5 - Nome completo:

9 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ 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: 7780

CONTA: 44319

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 movimentar conta bancária em nome da vítima, de minha totalidade, a partir 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou filhos?

☐ 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, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme legislação, e que a qualidade de beneficiário, declaração e quitação não poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019

Nº da Agência/Conta/DAC

7730/44319-4 /SOO

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

ção dos seguintes serviços:

Sim ☒ Não

(Victor Pontes)





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

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

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 ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Número: 9 - Complemento: 10 - Cidade: 11 - Estado: 12 - CEP: 13 - Telefone: 14 - 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 7780 CONTA: 44319 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a movimentar conta bancária em nome da vítima, para fins de indenização/reembolso do Seguro DPVAT, e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ Não há IML que 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos/falecidos: 30 - Vítima deixou filhos? ☐ 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, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, conforme legislação, e que a declaração de validade desta declaração poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido 36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Nº da Agência/Conta/DAC

7730/44319-4 /SOO

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

ção dos seguintes serviços:

Sim ☒ Não

(Victor Pontes)





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VITOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAÚJO		FRONTIÇA Nº:	
IDADE: 19	SEXO: MASC.	COR:	CLÍNICA:
DATA DE ADMISSÃO: 29/12/19		DATA DE ALTA: 03/02/20	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT RINGUELA @		CID: S.82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:			
PRINCIPAIS EXAMES: N			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
TERAPIA MEDICAMENTOSA: curativo TTO conservador			
ANAMNESE PATOLÓGICA:			
INFECÇÃO F.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			
HISTÓRIA CLÍNICA: HISTÓRIA EXATidão DE MATERIAL COMPARAÇÃO			
paciente com ferimento e PT se desvio sendo do tipo por TTO conservador e acompanhamento de ferimento amputado			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
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 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: DIC + CEFOTRIM			
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.			
Ao Ambulatório do Dr. Romulo / 4º andar em 30 dias para revisão.			
DATA: 03/02/20		Dr. Yury Cordeiro CRM 11.607 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



DANIEL DE ALMEIDA SILVA
RUA MARIA ALDILADORA SILVA, 1537 Q 118 L 21 - MARID ANDREAZZA
BAYEUX / PE CEP. 8300500 (AQ: 1)



Ligação MONOFÁSICO
Código RES-MTC-B1 / RESIDENCIAL-BAIXA RENDA
Mês de 12 (12) - 225 (225)
Medidor 7003955300 Emissão 24/01/2020

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Distrito Industrial - Jato Preto / PB - CEP 58611-100
CNPJ 06.995.132/0001-40 - Insc. Est. 15.052.525-3

Nota Fiscal / Contrato Energético Nº 037.302.202
Cód. para Deb. Automático 00004191802

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF / CNPJ / RANI:
Jan / 2020	24/01/2020	26/02/2020	024.308.624-06 RSP. Est.

UC (Unidade Consumidora) 5/419790-2

Canal de entrega

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 10 criada pela Lei nº 14.408, de 28 de abril de 2017.
Aproveite o 10% de redução em suas contas em áreas potenciais negociadas com você durante o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/12/19	7039	24/01/20	7147	1	108	29

Demonstrativo						
Cod.	Descrição	Quantidade (kWh)	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo de 30 kWh-EP	30,000	0,28830	8,65	0,28	8,64
0002	Consumo de 31 a 100 kWh-EP	70,000	0,462170	32,35	0,46	32,22
0003	Consumo de 101 a 200 kWh-EP	0,000	0,882351	0,00	0,88	0,00
0004	Adic. B. Amarela	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19
0010	Suscrição	29,27	38,27	1,10	38,27	1,10
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM. PUGUÇA	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 12/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 10/2019	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	MULTA 12/2019	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Desconto Suscrição	29,27	0,00	0,00	0,00	0,00

COD. Código de Classificação do kWh: TOTAL 68,91 68,91 29,24 68,11 0,00 3,88
Tarifa de Transmissão ANEEL 0,161730 ANEEL 0,211625 ANEEL 0,462170

Média últimos meses (kWh) 132
VENCIMENTO 31/01/2020
TOTAL A PAGAR R\$ 68,81

Histórico de Consumo (kWh)

108	148	124	132	132	118	108	122	115	130	147	132
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Agos/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVADO AO FISCO
3fce.33a5 af27.4575 bc44.f0e7.3aa8.5a59

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Índice	Limite da ANEEL	Aprovado	Limite da Tarifa (R\$)	Discriminação	Valor (R\$)
DISPENSAL	5,18	0,00	NORMAL	Serviço de Dist. de Energia	12,37
DISPENSAL	10,18	0,00	NORMAL	Consumo de Energia	5,00
DISPENSAL	23,77	0,00	NORMAL	Consumo de Transmissão	6,44
DISPENSAL	2,38	0,00	NORMAL	Energia Solar	1,50
DISPENSAL	15,72	0,00	NORMAL	Energia Eólica	0,00
DISPENSAL	13,46	0,00	NORMAL	Energia Hidroelétrica	0,00
DISPENSAL	2,34	0,00	NORMAL	Energia Biomassa	0,00
DISPENSAL	12,22	0,00	NORMAL	Energia Geotérmica	0,00
				Total	68,91

Valor de R\$ 68,81 em 11/01/2020 13:45:02

Seu unidade foi liberada como sendo livre de dívidas em 10/01/2020.

Faturas e Pagamentos



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do CDC.

Para a sua segurança compareça ao site www.energisa.com.br 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. 16.015.825-6

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA		5/1698281-1		
REFERÊNCIA	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 JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO 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 S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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



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: 0800-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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/SIBL/OTSCAWES/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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 PELA 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 6.131/58.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (s) / Intermediário (s) do Beneficiário
Vitor Gabriel Salvatiano de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.488.854 - 80
do sinistro de DPVAT cobertura Danos/Smalidez 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:
☒ 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 G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Trangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:		CEP:	<u>58056-384</u>	Te. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017



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

894056231
 VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

894056231
 PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOCIEDADE / ORIENTADOR Nº
 2027712 207 70

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

PESSOAS
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
 00000000000000000000000000000000

ACC
 000000

CURRÍCULO
 0

Nº HABILITAÇÃO
 01851789660

VALIDADE
 16/01/2019

1ª ANULAÇÃO
 29/06/2001

DESTINAÇÃO

Auto condutor *Revisor* *Desembargador*
 AUTORIZAÇÃO PROVISÓRIA

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EXPIRAÇÃO
 17/01/2014

Revisão *Comissão*
 66588306744
 76027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO



PROCURAÇÃO

Outorgante: Vitor Gabriel Salustiano de Araújo brasileiro(a), estado civil Molteiro, profissão Freemason, residente e domiciliado à Rua Manoel Superlândia S/nº 198 bairro Maria Antônia Município de Bayeux Estado de (o) PR Cep. 55.488-854 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 157 bairro Mangabeira Município de João Pinheiro Estado de (o) PR Cep. 55.488-384 portador (a) do RG nº 262.178 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.

Bayeux 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 - Bayeux
Pernambuco - CEP: 55305-000
Fone: (83) 3232-178

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-002037

Reconheço por autenticidade a firma de:
VICTOR GABRIEL SALUSTIANO DE ARAUJO

Dou fe. em testemunho da verdade. Bayeux - PR, 20/02/2020 às 05:52
ENCL. R\$18,22 FEPJ; R\$2,04 FARPEN; R\$9,30 ISS; R\$0,51

SELO DIGITAL: AJV62108-NB27

Confira a autenticidade em <https://sistemas.digitec.br>

Suelio Moreira Torres
SUELIO ROBERTO BORGES SAUSSEAN - 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

CPF de: Próprio

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



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

