

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200328784

Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200328784

Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200328784

Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004020-7

Conta: 000010134915-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200328784

Nome do(a) Examinado(a): GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R ESTUD MARIZETE DA SILVA NASCIMENTO, 124, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 4120575

Data e local do acidente: 27/03/2020 - /PB

Data e local do exame: 28/09/2020 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09112 , longitude: -34.83801

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura luxação exposta do tornozelo direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico na emergência com colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periculado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de flexão plantar e dorsal, déficit de força motora do referido tornozelo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. João Batista V. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.104/05



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: Gabriel Henrique Palmeira da Silva

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

5 - Nome completo: Gabriel Henrique Palmeira da Silva 6 - CPF: 704.328.574-78
7 - Profissão: Auxiliar Administrativo 8 - Endereço: R. Maria Inês de Souza 9 - Número: 124 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Mangueira 12 - Cidade: Jaboão Pense 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 9999 21- 9293

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) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) V51

AGÊNCIA: 40907 CONTA: 134.91505

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 (assinale 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 nascituro (ou nascitor)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

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

35 - CPF 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jaboão Pense 18-08-2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 047411.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 047411.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:42 min do dia 16/07/2020, na Delegacia Online, **GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Auxiliar administrativo, nascido(a) em 03/06/1999, idade 21, estado civil Solteiro (a), filho(a) de ELIANE PALMEIRA DA SILVA, CPF 704.328.574-78, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Mônica Barros de Souza, nº 124, bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58056300, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

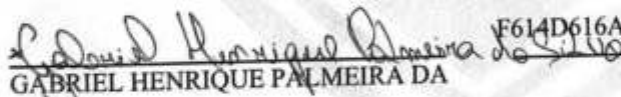
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 27/03/2020 14:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Rua Francisco Ribeiro Beltrão , Mangabeira, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 27/03/2020 por volta das 14:30hs conduzia uma motocicleta YAMAHA/LANDER XTZ 250 2009/2009, PRETA, PLACA NQI 5510/PB, CHASSI 9C6KG021090040357, registrada em nome de AILSON SIMÕES CABRAL DA SILVA, quando transitava pela Rua Engenheiro Francisco Ribeiro Beltrão, Mangabeira, nesta Capital/PB em direção a sua residência, quando um carro que seguia a sua frente freou bruscamente e, ao tentar desviar do mesmo, acabou perdendo o controle da motocicleta e caindo ao solo. Que devido as lesões foi socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA. Diagnosticado com FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, realizado procedimento cirúrgico com alta hospitalar em 25/04/2020.

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


GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA F614D616A1164C5BC0FED8B8422EC38F
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: ☐ 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: Gabriel Benedito Palmeira da Silva

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

5 - Nome completo: Gabriel Benedito Palmeira da Silva 6 - CPF: 704.328.574-78
7 - Profissão: Assessoria Administrativa 8 - Endereço: R. Maria Inês de Souza 9 - Número: 124 10 - Complemento: POSO
11 - Bairro: Mangueira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 9999 21-9293

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\$1.000,00 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) V51
AGÊNCIA: 40207 CONTA: 134.91505
(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 (assinale 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 nascituro (ou nascitor)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário
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

TESTEMUNHAS

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

40 - Local e Data, João Pessoa 18-08-2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010134915-7

Nr. da Autenticação 77636C8AFE30B5CE



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA

AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670

CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 202003897124

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

MATRICULA

000897124

CLIENTE

ANTONIO P DA SILVA

CPE/CNPJ:

059.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO

001.083.135.0350.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA MARIA MONICA B SOUZA, 124 - MANGABEIRA JOAO PESSOA PB 58056-300

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ENCARGO

ÚLTIMOS CONSUMOS

02/2020 - 14-60

01/2020 - 16

12/2019 - 15

11/2019 - 12

10/2019 - 13

09/2019 - 15

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

H 60AL53314

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

(M³) DIAS

2019

2033

14

33

20/02/2020

24/03/2020

Nº Hm:

A05X0045

DEBÍ

0

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO, 553 / SL 127 - CENTRO
JOAO PESSOA / PB CEP 58013-520 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI 058 310 264-08

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B3
Classe COM MTC B3 / Subclasse COMERCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro 4 - 1 - 39 - 2780 Nº Medidor 00000747980



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1313928-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013139282



VALOR DA FATURA
R\$ 98,03



VENCIMENTO
18/05/2020



REFERÊNCIA
Mai / 2020



CONSUMO
118kWh

3,47 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	DESCRITIVO						
				Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc (R\$)	PIS(R\$) Cofins(R\$)	1,0345% 4,9855%	
0801	Consumo em kWh	118	0,79150	93,37	93,37	25	23,34	93,37	1,01	4,66
0807	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			4,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de Amorim Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Galnriel Benrique Palmira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.328.574 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Galnriel Benrique Palmira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.328.574 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

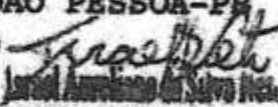
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PM</u>	CEP <u>58000.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>83-99921-9283</u>

João Pessoa, de 14/09 de 2020
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Melo
Assinatura do Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA		
FILIAÇÃO	LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
JOAO PESSOA-PB	07/02/1985		
DOC ORIGEM	CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063		
CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB			
CPF	011.197.984-69		
João Pessoa - PB	 ASSINATURA DO TITULAR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL **V-02**
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA **P-236**
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660710949

NOME
GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4120575 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
704.328.574-78 03/06/1999

FILIAÇÃO
ELIANE PALMEIRA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CATHAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06911343098 08/06/2022 05/09/2017

OBSERVAÇÕES

EAR;

Gabriel Henrique P. da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 06/09/2018

Arabela
ASSINATURA DO EMISSOR

17614355654
PB037511157

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660710949

PARAÍBA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200328784 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/03/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1,5,6,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Gabriel Henrique Palmeira da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Maria Mônica B. Souza nº 124, bairro Namgobera, Município de Parauapebas, Estado de(o) Paraná, Cep: 58056-300, portador(a) do Rg nº 9.120.545, SSP/PB e CPF nº 404.328.544-48.

Outorgado: Gulliano Flávia de Amorim Móluga, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Av. José M. de Almeida nº 553, bairro Centro, Município de Parauapebas, Estado de(o) Paraná, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 2668291, SSP/PB e CPF nº 211.193.984-69.

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) Gabriel Henrique Palmeira da Silva, ocorrido em 27/03/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Inválida.

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.

João P. S., 02, de 07 de 2020.

2º OFÍCIO DE NOTAS
Distrito de Parauapebas
CNPJ 00.000.000/0001-00

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-026939
Reconheço por autenticidade a firma de
GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA
Dou fe, em testemunho de verdade. João Pessoa - PB, 02/07/2020, 10h57
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FAPREN: R\$ 0,30 IRR: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AK999795-TJCK
Confira a autenticidade em: <https://reelodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Gabriel Henrique Palmeira da Silva
Outorgante
CPF nº 404.328.544-48

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258899/20

Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

CPF: 704.328.574-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2020

Titular do CPF: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA : 704.328.574-78

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: 14/09/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA