



18/01/2021

Número: **0852530-67.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO (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
38483 332	18/01/2021 15:34	2778134_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, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200341306

Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000015383-0**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

784.461.124 - 34

4 - Nome completo da vítima:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

6 - CPF:

784.461.124 - 34

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua das Seriguelas

9 - Número:

3N

10 - Complemento:

58000-000

11 - Bairro:

Mucumagua

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

(83)986634900

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0129

CORR: 35383

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 realizar a análise da conta bancária informada, bem como a apresentação da indenização/recebimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e aceitando, desde já, a validade e a satisfação da indenização que ação 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 solicitando a apresentação do laudo médico pericial (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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gravidez antes da 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 não tiver filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder, após a análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, por lesões permanentes ou que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando eu, ainda, de qualquer forma obrigado a indenização, não serei obrigado a pagar a obrigação de restituir o valor recebido além da responsabilidade criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido:

35 - Assinatura de quem assina o pedido:

36 - CPF legível de quem assina o pedido:

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/02/2020

Maricleide Gomes B. do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

784.461.124 - 34

4 - Nome completo da vítima:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

6 - CPF:

784.461.124 - 34

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua das Seriguelas

9 - Número:

3N

10 - Complemento:

58000-000

11 - Bairro:

Mucumagua

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

(83)986634900

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\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ 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: 0129

CORR: 35383

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 LIDER a realizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recebimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e/ou não, desde já e sem ônus, a satisfação do crédito que faço 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 solicitando a apresentação do laudo médico pericial (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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica a custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gravidez antes da vítima:

26 - Gravidez depois da morte da vítima:

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se não tiver filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou não-então nascidos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora LIDER pagará, caso o IML - Indenização do Seguro DPVAT por morte - for favorável, o valor da indenização e permissão desta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou falsidade não liberará a seguradora de sua obrigação de restituir o valor recebido além da responsabilidade criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

34

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/02/2020

Maricleide Gomes B. do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01469.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 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 **Maricleide Gomes Batista Nascimento**, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringueiras, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização, Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, CID S82.0; 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, 07 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 01469.01.2020.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01469.01.2020.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01469.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 07 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 **Maricleide Gomes Batista Nascimento**, CPF nº 784.461.124-34, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Cleide Gomes e Hermes Batista Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/07/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seringueiras, Nº 118, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99953-3743.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Entrada do Bairro de Tibiri, Trecho Conhecido Como "barriga D'água", Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/11/19 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante, no dia 30/11/2019 por volta das 02:30 horas quando transitava na garupa da moto - pilotada pelo Sr. Gilberto Martins Leite -, HONDA/CG 125 FAN ES ano/mod: 2010/2010 de cor vermelha de placa: MOV5094/PB CHASSI: 9C2JC4120AR077007 pertencente a JOÃO MANOEL DIONISIO portador do CPF: 010.886.014-05, Que transitava normalmente na garupa da referida moto na BR230; Santa Rita - PB, Quando na entrada do bairro de Tibiri o piloto perdeu o controle da moto devido a falta de iluminação da BR vindo a colidir com uma placa de sinalização, Que devido ao fato a declarante veio a cair a sua perna direita com a placa, cair solo e se lesionar sendo socorrida, pelo SAMU, e conduzida para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticada, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, CID S82.0; 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, 07 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 01469.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

784.461.124 - 34

4 - Nome completo da vítima:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

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 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Cidade:

9 - Estado:

10 - CEP:

11 - Telefone:

12 - E-mail:

13 - Data de nascimento:

14 - Data de registro:

15 - Data de validade:

16 - Data de emissão:

17 - Data de validade:

18 - Data de validade:

19 - Data de validade:

20 - Data de validade:

21 - Data de validade:

22 - Data de validade:

23 - Data de validade:

24 - Data de validade:

25 - Data de validade:

26 - Data de validade:

27 - Data de validade:

28 - Data de validade:

29 - Data de validade:

30 - Data de validade:

31 - Data de validade:

32 - Data de validade:

33 - Data de validade:

34 - Data de validade:

35 - Data de validade:

36 - Data de validade:

37 - Data de validade:

38 - Data de validade:

39 - Data de validade:

40 - Data de validade:

41 - Data de validade:

42 - Data de validade:

43 - Data de validade:

44 - Data de validade:

45 - Data de validade:

46 - Data de validade:

47 - Data de validade:

48 - Data de validade:

49 - Data de validade:

50 - Data de validade:

51 - Data de validade:

52 - Data de validade:

53 - Data de validade:

54 - Data de validade:

55 - Data de validade:

56 - Data de validade:

57 - Data de validade:

58 - Data de validade:

59 - Data de validade:

60 - Data de validade:

61 - Data de validade:

62 - Data de validade:

63 - Data de validade:

64 - Data de validade:

65 - Data de validade:

66 - Data de validade:

67 - Data de validade:

68 - Data de validade:

69 - Data de validade:

70 - Data de validade:

71 - Data de validade:

72 - Data de validade:

73 - Data de validade:

74 - Data de validade:

75 - Data de validade:

76 - Data de validade:

77 - Data de validade:

78 - Data de validade:

79 - Data de validade:

80 - Data de validade:

81 - Data de validade:

82 - Data de validade:

83 - Data de validade:

84 - Data de validade:

85 - Data de validade:

86 - Data de validade:

87 - Data de validade:

88 - Data de validade:

89 - Data de validade:

90 - Data de validade:

91 - Data de validade:

92 - Data de validade:

93 - Data de validade:

94 - Data de validade:

95 - Data de validade:

96 - Data de validade:

97 - Data de validade:

98 - Data de validade:

99 - Data de validade:

100 - Data de validade:

101 - Data de validade:

102 - Data de validade:

103 - Data de validade:

104 - Data de validade:

105 - Data de validade:

106 - Data de validade:

107 - Data de validade:

108 - Data de validade:

109 - Data de validade:

110 - Data de validade:

111 - Data de validade:

112 - Data de validade:

113 - Data de validade:

114 - Data de validade:

115 - Data de validade:

116 - Data de validade:

117 - Data de validade:

118 - Data de validade:

119 - Data de validade:

120 - Data de validade:

121 - Data de validade:

122 - Data de validade:

123 - Data de validade:

124 - Data de validade:

125 - Data de validade:

126 - Data de validade:

127 - Data de validade:

128 - Data de validade:

129 - Data de validade:

130 - Data de validade:

131 - Data de validade:

132 - Data de validade:

133 - Data de validade:

134 - Data de validade:

135 - Data de validade:

136 - Data de validade:

137 - Data de validade:

138 - Data de validade:

139 - Data de validade:

140 - Data de validade:

141 - Data de validade:

142 - Data de validade:

143 - Data de validade:

144 - Data de validade:

145 - Data de validade:

146 - Data de validade:

147 - Data de validade:

148 - Data de validade:

149 - Data de validade:

150 - Data de validade:

151 - Data de validade:

152 - Data de validade:

153 - Data de validade:

154 - Data de validade:

155 - Data de validade:

156 - Data de validade:

157 - Data de validade:

158 - Data de validade:

159 - Data de validade:

160 - Data de validade:

161 - Data de validade:

162 - Data de validade:

163 - Data de validade:

164 - Data de validade:

165 - Data de validade:

166 - Data de validade:

167 - Data de validade:

168 - Data de validade:

169 - Data de validade:

170 - Data de validade:

171 - Data de validade:

172 - Data de validade:

173 - Data de validade:

174 - Data de validade:

175 - Data de validade:

176 - Data de validade:

177 - Data de validade:

178 - Data de validade:

179 - Data de validade:

180 - Data de validade:

181 - Data de validade:

182 - Data de validade:

183 - Data de validade:

184 - Data de validade:

185 - Data de validade:

186 - Data de validade:

187 - Data de validade:

188 - Data de validade:

189 - Data de validade:

190 - Data de validade:

191 - Data de validade:

192 - Data de validade:

193 - Data de validade:

194 - Data de validade:

195 - Data de validade:

196 - Data de validade:

197 - Data de validade:

198 - Data de validade:

199 - Data de validade:

200 - Data de validade:

201 - Data de validade:

202 - Data de validade:

203 - Data de validade:

204 - Data de validade:

205 - Data de validade:

206 - Data de validade:

207 - Data de validade:

208 - Data de validade:

209 - Data de validade:

210 - Data de validade:

211 - Data de validade:

212 - Data de validade:

213 - Data de validade:

214 - Data de validade:

215 - Data de validade:

216 - Data de validade:

217 - Data de validade:

218 - Data de validade:

219 - Data de validade:

220 - Data de validade:

221 - Data de validade:

222 - Data de validade:

223 - Data de validade:

224 - Data de validade:

225 - Data de validade:

226 - Data de validade:

227 - Data de validade:

228 - Data de validade:

229 - Data de validade:

230 - Data de validade:

231 - Data de validade:

232 - Data de validade:

233 - Data de validade:

234 - Data de validade:

235 - Data de validade:

236 - Data de validade:

237 - Data de validade:

238 - Data de validade:

239 - Data de validade:

240 - Data de validade:

241 - Data de validade:

242 - Data de validade:

243 - Data de validade:

244 - Data de validade:

245 - Data de validade:

246 - Data de validade:

247 - Data de validade:

248 - Data de validade:

249 - Data de validade:

250 - Data de validade:

251 - Data de validade:

252 - Data de validade:

253 - Data de validade:

254 - Data de validade:

255 - Data de validade:

256 - Data de validade:

257 - Data de validade:

258 - Data de validade:

259 - Data de validade:

260 - Data de validade:

261 - Data de validade:

262 - Data de validade:

263 - Data de validade:

264 - Data de validade:

265 - Data de validade:

266 - Data de validade:

267 - Data de validade:

268 - Data de validade:

269 - Data de validade:

270 - Data de validade:

271 - Data de validade:

272 - Data de validade:

273 - Data de validade:

274 - Data de validade:

275 - Data de validade:

276 - Data de validade:

277 - Data de validade:

278 - Data de validade:

279 - Data de validade:

280 - Data de validade:

281 - Data de validade:

282 - Data de validade:

283 - Data de validade:

284 - Data de validade:

285 - Data de validade:

286 - Data de validade:

287 - Data de validade:

288 - Data de validade:

289 - Data de validade:

290 - Data de validade:

291 - Data de validade:

292 - Data de validade:

293 - Data de validade:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

784.461.124 - 34

4 - Nome completo da vítima:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

Maricleide Gomes B. do Nascimento

6 - CPF:

784.461.124 - 34

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua das Seriguelas

9 - Número:

3N

10 - Complemento:

58000-000

11 - Bairro:

Mucumagua

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

(83)986634900

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

☐ R\$2.500,00 ATÉ 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: 0129

CORR: 35383

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 realizar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recebimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e/ou não, desde já e sem ônus, a satisfação do crédito que faço 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 aqui solicitando a apresentação do laudo médico pericial (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 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 alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gravidez antes da 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 não tiver filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou não sobreviventes?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Se tinha irmãos, informar falecidos:

☐ Sim

☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora Líder, quando da apresentação do Seguro DPVAT por morte, não se responsabiliza por qualquer obrigação de ressarcimento e permanência nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer obrigação de ressarcimento não vincula a Seguradora, podendo haver a obrigação de ressarcimento pelo valor recebido além da responsabilidade criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido:

35 - Assinatura legível de quem assina o pedido:

36 - CPF legível de quem assina o pedido:

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000015383-0

Nr. da Autenticação AEDE4DEBC8A573E

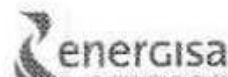


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para ser pago em nome da rede fixa, 2020/01/2020. Nº 037.549.915



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS
RUA DAS SIRIGUELAS S/N
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/852641-0

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

24/01/2020

CONSUMO

273

VENCIMENTO

31/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 242,12

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 08308.683179 6 81510000024212				
Pagador: FRANCISCA RODRIGUES DO SANTOS CNPJ/CPF: 050.353.054-90				
RUA DAS SIRIGUELAS S/N - MUCUMAGRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008308683	000852641202001	31/01/2020	R\$ 242,12	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				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				

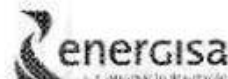


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Disponível nas seguintes endereços

Receita por a emissão pagadora do mês fiscalizante de energia elétrica. Nº 837.841.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.163/0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01

JOÃO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA

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

3150240008234773

Nr Documento

001698281202001

Data Vencimento

27/01/2020

Valor do Documento

R\$ 193,47

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.163/0001-40

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 - 18/01/2021 15:34:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815341781600000036696618>

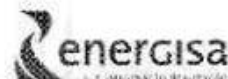
Número do documento: 21011815341781600000036696618

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento nas 2 seguintes versões de saída

Receito por a ser pago, pago, do mês fiscalizante de energia elétrica. Nº 837.841.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.163/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01

JOAO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA

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

3150240008234773

Nr Documento

001698281202001

Data Vencimento

27/01/2020

Valor do Documento

R\$ 193,47

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.163/0001-40

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 - 18/01/2021 15:34:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815341781600000036696618>

Número do documento: 21011815341781600000036696618



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-82-83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ouvidoria: 0800-022-51-35

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/SIALID/ECAN/WEB/COORIGINALASPK?TIPO=18&CODIGO=29636>

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 pessoais, 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTIA, 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 9.307/96.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maíclide Gomes B. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 784.463.324 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maíclide Gomes B. do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o nº 784.463.324 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 295 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9866-34900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura do Declarante

OLDRI-001 V001/2017





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: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 022 51 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/SIALID/ECAN/WEB/COORIGINALASPK?TIPO=18&CODIGO=29636>

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 pessoais, 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, este recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTIA, 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 9.307/96.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maíclide Gomes B. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 784.463.324 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Maíclide Gomes B. do Nascimento

Inscrito (a) no CPF sob o nº 784.463.324 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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. 295 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9866-34900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Assinatura do Declarante

OLDRI-001 V001/2017





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 50A	SEXO: FEM	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 30/11/2019		DATA DE ALTA: 23/01/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna</i>				CID S82.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB + aine + analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

23/01/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



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

Ficha Nr: 283422
Data: 30/11/2019
Hora: 03:44:49
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO
Clinica: CIRURGICA

Atd: Nao Regulad

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARICLEIDE GOMES BATISTA NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 2
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 784.461.124-34 Num. Prontuario: 2019.11.003578

CNS: 708600036964780 Sexo: F IDENTIDADE: 3087386 Fone: 999533743
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/07/1969 Id: 50 ano(s)

End.: RUA DAS SERIGUELAS - CASA, 118

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: CLEIDE GOMES

Pai: HERMES BATISTA ALVES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: ESPOSO - GILBERTO MARTINS LEITE

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Tr: Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO/GARUFA X MURETA DA BR DE ACESSO CAM

Vitima de violência por: PINA GRANDE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
FC:	TP:	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	[]	Hemorragia	[]	Dispineia
Glicemia:	IMC:	[]	Diarreia	[]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[]	Regular	[]	Chocado
		[]	Vomito		

Queixa Principal

Observacao

*queixa principal: Acidente com lesão em punho dir + deform. dist. m. exposta?
do 1º qd, nota com dor normal, nota com fratura*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta *R10 X
ortopedica*

Prescricao

Horario da medicacao

*Dr. Rodrigo Fernandes
Cirurgia Geral e Traumatologia
CRM 4276*



30/11/19
03:57h

ortopedia

Paciente vítima Colisão Carroxi-mot
apresentando fr exp omr fema @.

cd: - Ao BC pr procedimento
IH
UPM

Dr. Lucio Gomes de Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 178978

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maurício de Góes B. Rodrigues Data da Admissão: 30/11/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

fx exp osso perna

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

N e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Condução: **IH****- AD BC**

Dr. Lucio Gomes de Aguiar
Ortopedia Traumatologia

CRM 88932

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maricleide Gomes Batista Figueiredo</u>				Registro: <u>2019 11 003578</u>	
Idade: <u>50</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clínica: <u>Outa</u>	EMP:	LR:
Data: <u>30/11/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Rodrigo Amuniz</u>			1º Assistente: <u>Dr. Luciano</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Roberto Lago</u>	Tipo Anestesia: <u>Rapida</u>			Horário: <u>10:30</u>	<u>Tel: 15h</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura exposta dos ossos</u>					
<u>da perna dir</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura exposta ossos da</u>					
<u>perna (Dir) grau IIIA</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>LMC Fr. ossos da perna</u>					
<u>exposta + fixação externa</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não					Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua A. local José Costa Duarte, S/N. CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:34:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815341781600000036696618>

Número do documento: 21011815341781600000036696618

Num. 38483332 - Pág. 23

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob esterilização
- ② Antissepsia + assepsia MIO

Incisão:

- ③ inc. horizontal, Ferimento aberto 15cm para Dir

Achados:

- ④ Fúculo exposto dos ossos da perna Dir

Desbridamento

Condução: ⑤ Limpeza mec. contínua com S.F. 0,9% com *curativo*

- ⑥ Redução cruenta da fratura da tíbia.
- ⑦ Fixação externa com fixador linear da tíbia
- ⑧ Sutura por aproximação da pele da perna.
- ⑨ Curativos

Fechamento:

OBS: ~~Lesão~~ Lesão de pele externa na face anterior lateral da perna com risco de necrose de pele.

Data: 30/11/19

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista / Traumatologista
CRM 44.372 / SGT 8331
MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 17/12/19

Dr. Roberto A. Santos
Cirurgião - Traumatologista
CRM-PB 24.330
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58156-100 Mangabeira II, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maucler de Vasconcelos</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>07.01.20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Sainov</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr.</u>		Tipo Anestesia: <u>local</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FIBROMA DE PERNA DIREITA</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O NENHUM</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>DESEMPENHO CIRÚRGICO</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 (✓) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (✓) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal Anestesia e autotransfusão
Incisão:	
Achados:	Secção com fibra
Conduta:	Desbridamento de ferida com fibra na cavidade aperta
Fechamento:	
OBS:	

Data: 04/01/20

Dr. Jalison Danta
Médico Plástico
CRM 10.000
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>17/01</i>	Cirurgião: <i>Dr. João da Silva</i>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Augusto</i>	Tipo Anestesia: <i>Local</i>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Dr. João da Silva</i> <i>João da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Cirurgia de amputação</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		<i>Dr. Maria Augusta</i> <i>Dr. Maria Augusta Souza Ferreira</i> Médico CRM-PB 5177			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
Incisão:	- Incisão curvada para cima
Achados:	- Achado de um cisto em corte
Conduta:	- Amigdalectomia por meio de laser 3.0 W - Contorno da amígdala 2.0 W
Fechamento:	
OBS:	

Dr. Mario Augusto Silva
Médico
CRM 157

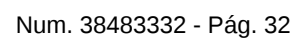
Data: ____/____/____

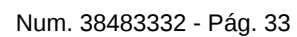
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PE.









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200341306 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 5/6_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 38/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Maricleide Gomes B. do Nascimento

CPF do beneficiário: 784.463.324-34

Nome do solicitante: José Eduardo da Silva

CPF do solicitante: 455.536.024-91

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98663-4900 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

João Pessoa - PB 38/08/2020.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem a assinou a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO

Outorgante: Manicleide Gomes Batista do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Divorciada, profissão do Lar, residente e domiciliado à Rua das Senqueiras, nº 118, bairro Murumagão, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58.066-140, portador(a) do Rg nº 3.087.386, SSP/PB e CPF nº 784.461.124-34.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Siqueira J. Carneiro, nº 157, bairro Mamanguá, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58.066-384, portador (a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 455536.029-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Manicleide Gomes Batista do Nascimento, ocorrido em 30/11/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento 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 Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

Manicleide Gomes Batista do Nascimento
Outorgante
CPF Nº 784.461.124-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Manicleide Gomes Batista do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Divorciada, profissão do Lar, residente e domiciliado à Rua das Senqueiras, nº 118, bairro Murumagão, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58.066-140, portador(a) do Rg nº 3.087.386, SSP/PB e CPF nº 784.461.124-34.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Siqueira J. Carlos Dutra, nº 157, bairro Mamanguá, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58.066-384, portador (a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 455536.029-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Manicleide Gomes Batista do Nascimento, ocorrido em 30/11/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento 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 Pessoa, 06 de fevereiro de 2020

Manicleide Gomes Batista do Nascimento
Outorgante
CPF Nº 784.461.124-34

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269286/20

Vítima: MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCII

CPF: 784.461.124-34

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BATISTA DO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MARICLEIDE GOMES BATISTA DO NASCIMENTO : 784.461.124-34

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: 23/09/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

