



Número: **0807676-79.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELISANGELA CIRILO DA SILVA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45864068	16/07/2021 14:50	Petição	Petição
45864070	16/07/2021 14:50	2778505_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45864071	16/07/2021 14:50	2778505_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO 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

Carta nº 16054516

Pag. 00357/00358 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200299075

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01439/01440 - carta_25 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Euonildo Lúcio do 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:

Euonildo Lúcio do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recebeu de

8 - Endereço:

Rua Jean José do Nascimento

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Sul

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Operação 053

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



30 - Vítima deixou nascituro(vainosor)?



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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 056666.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 056666.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:12 min do dia 07/08/2020, na Delegacia Online, **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão OPERADORA DE CAIXA, natural de João Pessoa, nascido(a) em 19/08/1983, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Preta, filho(a) de MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA e NIVALDO FELISMINO DA SILVA, CPF 052.420.834-41, residente e domiciliado(a) no(a) RUA JORN JOSE DO PATROCÍNIO, BAIRRO ALTO DO CÉU, nº 198, bairro ALTO DO CÉU, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58027190, telefone(s) (83)98849-5530, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 01/01/2020 01:20h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, TORRE, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ELISANGELA CIRILO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 01/01/2020 POR VOLTA DAS 01:20H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA NXR 160 BROS, ANO 2016, COR PRETA, CHASSI Nº. 9C2KD1000GR014088, DE PLACA OXO-2913/PB, DE PROPRIEDADE DA SRA EDJANE CIRILO SILVA DE CARVALHO, PELA AVENIDA JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – BEIRA RIO, NO BAIRRO DA TORRE, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ASSIM QUE O SINAL ABRIU, AO TENTAR CRUZAR A AVENIDA, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE INVADIU O CRUZAMENTO E SE EVADIU DO LOCAL. EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA) NESTA CAPITAL, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 02:47H E SIDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EMITIDA PELA DRª ROSÂNGELA M. ESCOREL ALMEIDA, CRM-PB 3883.

x Elisangela Cirilo da Silva

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) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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 fé.

x Elisângela Cirilo da Silva
ELISANGELA CIRILO DA SILVA

0ED4E432EF5F4DF34E59774A11617978

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) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 056666.01.2020.0.00.704

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 052.420.834-41 4 - Nome completo da vítima: Euromildo Lixile do 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: Euromildo Lixile do Silva 6 - CPF: 052.420.834-41
7 - Profissão: Recebeu-se 8 - Endereço: Rua Jean José do Polaciano 9 - Número: 198 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Sul 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58027-190
15 - E-mail: ccf.ato@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 83-98849 5530

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) Operações 013
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0617 CONTA: 29201 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vinos)? ☐ 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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
38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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:	10/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000029201-6

Nr. da Autenticação 38600AABB7798F03



**FATURA****Brisanet Serviços de Telecomunicações LTDA**

Elisângela Cirilo Da Silva Rua Jornalista José do Patrocínio, 198 - Alto do Pessoa/PB	Código 18452523 CPF 052.420.834-41	Vencimento 08/08/2020	Valor 101,84
		Forma de Pagamento Boleto	

IMPORTANTE

O pagamento desta fatura implica de todos os serviços e produtos nela contidos.

Para o conforto a Brisanet oferece algumas alternativas de pagamento da sua fatura. Rede Bancária e Casas Lotéricas.

Não Utilize pagamento via DOC, transferência bancária e depósito simples, pois nosso sistema não identifica esses pagamentos.


INFORMAÇÕES UTEIS

Após o vencimento, serão cobrados juros de 1% ao mês e multa de 2% no próximo extrato.

Evite o bloqueio do seu sinal efetuando seu pagamento até o vencimento. Brisanet, empresa filiada ao SPC.

Descrição do(s) Serviço(s)

Período de 10/06/2020 até 10/07/2020 - Mensalidade INTERNET FIBRA 200MB	99,00 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Taxa por Atraso de Pagamento 1/1	0,86 (+)
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Multa por Atraso de Pagamento 1/1	1,98 (+)

		033-7	03399.96662 20600.000218 77898.101017 1 83410000010184		
Pagador Elisângela Cirilo Da Silva - CPF: 052.420.834-41					
Nosso Número 21778981	Número do Documento 2177898	Vencimento 08/08/2020	Valor do Documento 101,84	(=) Valor Pago 101,84	
Beneficiário BRISANET GERENCIADORA DE ATIVOS LTDA - CNPJ: 19.796.576/0001-35 CE-138, Km 14, Estrada Brisanet, S/N - Sítio Serrote Verde, CE - 83460-000 Agência / Código do Beneficiário					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:50:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614504699500000043580269>

Número do documento: 21071614504699500000043580269

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Queiroz Leitão Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elisomela Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vitima Elisomela Lúcia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834 / 41, 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>Avenida Lorena</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.ates@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849.5530</u>

João Pessoa-PB 07 de Agosto de 2020
Local e Data

Adilson Luiz de Queiroz Leitão Neto
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2001/041, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2657268, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, idade 36 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/01/2020, na Av. Beira Rio, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 01:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Janeiro de 2020.

Alisson Monte
Matr. 62923-5

ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 290954 Atd: Nao Regulada
Data: 01/01/2020
Hora: 02:47:39
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2020.01.000008

Nome: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 161109015560002 Sexo: F IDENTIDADE: 2806669 Fone: 86957206

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/08/1993 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR CARDOSO TORRES, 146

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA

Pai: NIVALDO FELISMINO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: CAIXA

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CUNHADO MATHEUS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Q: a Principal

COLISAO MOTO X CARRO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> [] Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> [] Grave
<input type="checkbox"/> [] Politraumatizado	<input type="checkbox"/> [] Convulsao
<input type="checkbox"/> [] Hemorragia	<input type="checkbox"/> [] Dispneia
<input type="checkbox"/> [] Diarreia	<input type="checkbox"/> [] Agitado
<input type="checkbox"/> [] Regular	<input type="checkbox"/> [] Chocado
<input type="checkbox"/> [] Vomito	
Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Unidade de moto. Apresen trauma em MSD

Diagnostico

Conduta

17 Ates de cirurgia

Prescrição

Histórico de medicação

Internação 17/01/2020

Chamado

Dr. Valdean Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

Artur H. Sudano Oliveira
CRM 35427 CREMER - 28.630
Cirurgia Geral e Coloproctologia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

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

PROCEDIMIENTO 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: Elsangela C. da Silva Data da Admissão: 01/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

OPD: _____

IDA: _____

Atenção de guarda de
matrão após colar de
carro com dor no peito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Cabeça e Pescoço:

☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ ☐ Epistaxe
☐ 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: ☐ Distúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria

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

SN 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.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elisângela C. da Silva Data da Admissão: 01/04/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

QPD: _____

IDA: _____

Fit. ventral de queda de
marco após colar de
carro com dor no abdômen

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

2.º ele: _____

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-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ 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.





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e desce até o corno direito
Achados:	Incisão longitudinal ao nível do retilo e alar direito. Adesão simples curando 2 placas.
Conduta:	3.5. de 7/10/17 para 1. de 6/10/17 para. Após a feitura fundo, curado 9 ale para Fechamento:
OBS:	nesto palmo

Data: 9/11/2020

Dr. Roberto A. Souza
CRM 10.530
MÉDICO/CRM

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





CERTIDÃO

Nº. 0352/2020

Atendendo solicitação de **ADAILSON LUIZ QUEIROZ COUTINHO NETO** acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº290954 e Prontuário nº 2020.01.0008 pertencente ao paciente **ELISANGELA CIRILO DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2020 às 02h47min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia, 09/01/2020. Com alta médica dia 10/01/2020.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELISANGELA CIRILO DA SILVA						PROFISSIONAL Nº					
IDADE: 36		SEXO: FEM.		CÓDIGO		CLÍNICA		BSP		LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 01/01/20				DATA DE ALTA: 10/01/20				TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL: FR OSSOS ANTERIORES										CID: S.52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO											
OUTROS LAÇOS SINTOMAS											
TRATAMENTOS PREVIOS: RA											
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: RAFS.											
TERAPIA MEDICAMENTOSA											
ANAMNESE PATOLÓGICA											
INFECÇÃO PU: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO										COLÉTA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO											
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO											
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA DOENÇA, TERAPIA, COMPLICAÇÕES											
PACIENTE SUBMETIDO A TTD CIRÚRGICO, ATRAVÉS DA REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA ATRAVÉS DE PLACA E PARAFUSO											
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA											
DIETA: LÍQUIDA											
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Relativo a atividades sem esforço físico em _____ dias. Relativo a atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.											
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.											
MEDICAÇÕES PARA CASA: DINC e CEFALOXINA											
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. ROBERTO SANTOS em _____ dias para revisão. 7 dias											
10/01/20 DATA: Dr. Yury Cordeiro CRM 11.507 PB Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO - CRM											
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO											







VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1169704663

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ELISANGELA CIRILO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2806669 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
052.420.834-41 19/08/1983

FILIAÇÃO
NIVALDO FELISMINO DA SILVA
MARIA DAS DORES CIRILO AD SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06195768319

VALIDADE
07/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/10/2014

OBSERVAÇÕES

Elisangela Cirilo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/11/2015

Aristeu Chaves Sousa
Aristeu Chaves Sousa
ASSINATURA DO EMISSOR

12982550761
PB031590713

DETRAN - PB (PARAÍBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169704663



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200299075 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR 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 DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

052.420.834-41

4 - Nome completo da vítima:

Euonildo Lúcio do 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:

Euonildo Lúcio do Silva

6 - CPF:

052.420.834-41

7 - Profissão:

Recebeu de

8 - Endereço:

Rua Jean José do Nascimento

9 - Número:

198

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Alto do Sul

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58027-190

15 - E-mail:

ccf.ato@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

83-98849 5530

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Operação 053

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

29201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 07/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

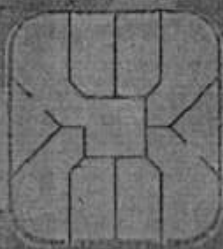
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

POUPANÇA



DÉBITO

6277 8012 5122 4329

ELISANGELA CIRILO SILVA

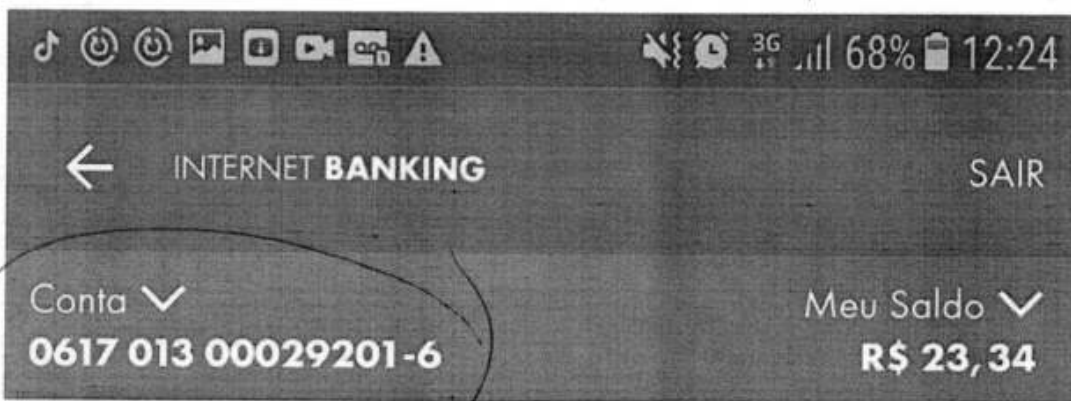
0617 013 00029201-6 08/21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:50:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614504699500000043580269>

Número do documento: 21071614504699500000043580269



minha conta



investimentos



fgts e inss



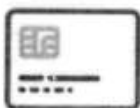
pagamentos



crédito



habitação



cartões



transferências



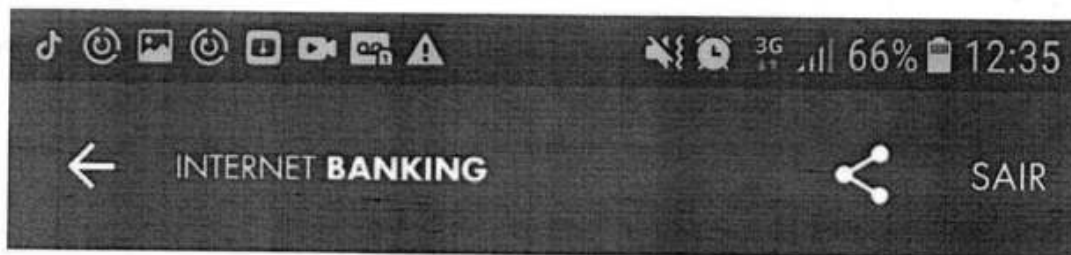
loterias



		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	CRED JUROS	0,01 C
		Saldo	8,92 C
10/08/2020	101203	COMPRA ELO	5,58 D
		Saldo	3,34 C
21/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	3,34 C
27/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	3,34 C
28/08/2020	<u>000323</u>	<u>CRED TED</u>	1.020,00 C
		Saldo	1.023,34 C
28/08/2020	281638	SAQUE ATM	1.000,00 D
		Saldo	23,34 C

* 670 - Não há lançamentos do dia.





Horários e Limites

Saldo	23,34 C
Saldo bloqueado	0,00
Saldo disponível	23,34 C
Saldo total	23,34 C

* 650 - Sujeito a alteração até o final do expediente bancário.

Extrato			
DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	8,91 C
01/08/2020	000000	CRED JUROS	0,01 C



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elisomaga Cirilo do Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Operadora de caixa Nº DO RG: 06195768319
ORGÃO EMISSOR: Detron - PB DATA DE EMISSÃO: 09/11/15
Nº DO CPF: 052.420.834-41 ENDEREÇO: Rua Jeron. José
do Potrecunio, nº 138, Alta da Luz, João Pessoa - PB, Cep 58027-
490

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Elisomaga Cirilo do Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 07 de Agosto de 2020.

Elisomaga Cirilo do Silva
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234499/20

Vítima: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

CPF: 052.420.834-41

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 01/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

ELISANGELA CIRILO DA SILVA : 052.420.834-41

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: 20/08/2020
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08076767920208152003

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELISANGELA CIRILO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:50:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614504805300000043580270>
Número do documento: 21071614504805300000043580270