



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
45864 068	16/07/2021 14:50	<u>Petição</u>	Petição
45864 070	16/07/2021 14:50	<u>2778505_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45864 071	16/07/2021 14:50	<u>2778505_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 14:50:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614504579500000043580267>
Número do documento: 21071614504579500000043580267

Num. 45864068 - Pág. 1



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 n° 16054516



Pág. 00357/00358 - carta 01 - INVAHIDEZ



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 de documento: 21071614504699500000043580269

Num. 45864070 Pág. 1



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.

Pag. 01439/01440 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Num. 45864070 - Pág. 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:	4 - Nome completo da vítima: <i>Eduardo Lílio da Silva</i>		
----------------------------	--------------------	---	--	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>Eduardo Lílio da Silva</i>	6 - CPF: <i>052.420.834-41</i>
7 - Profissão: <i>Recreio - se</i>	8 - Endereço: <i>Rua José José do Potocímero</i>
11 - Bairro: <i>Altos do Bell</i>	12 - Cidade: <i>Jacó Pessoa</i>
15 - E-mail: <i>ccf.alto@gmail.com</i>	9 - Número: <i>198</i>
	10 - Complemento: <i>PB</i>
	13 - Estado: <i>PB</i>
	14 - CEP: <i>58027-190</i>
	16 - Tel.(DDD): <i>83-98849 5530</i>

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	--	---

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341) *Operação 033*

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0617* CONTA: *29201* (6)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar 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 (vivôzinho)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

X *Eduardo Lílio da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Eduardo Lílio da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Lourivalo Mota

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 056666.01.2020.0.00.704

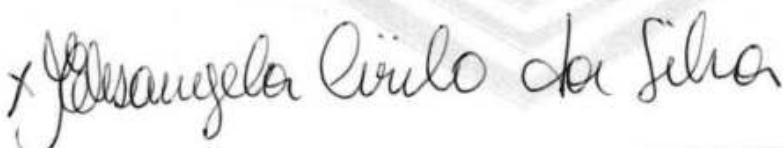
A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 056666.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:12 min do dia 07/08/2020, 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 DR^a ROSÂNGELA M. ESCOREL ALMEIDA, CRM-PB 3883.



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.


ELISANGELA CIRILO DA SILVA

EF4E450EEF5F4DF34E59774A11617978

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



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

Num. 45864070 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	052.420.834-41	Eduardo Lílio da Silva		

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

5 - Nome completo:	Eduardo Lílio da Silva		6 - CPF:	052.420.834-41
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
Recebeu-se	Rua José José do Potocímero	198		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Tel. (DDD):
Alto do Bel	José Bonfá	PB	58027-190	83-98849 5530
15 - E-mail:	ccf-ctv3@gmail.com			

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 033
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 29201 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar 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 (vermecer)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
víma ou
beneficiári
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

X Eduardo Lílio da Silva

Adilson Lílio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Loutinho mto



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



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

Num. 45864070 - Pág. 7



FATURA
Brisanel Servicos de Telecomunicacões LTDA

Elisangela Cirilo Da
Silva
Rua Jornalista José do Patrocínio, 198 - Alto do
Belo Pessoal/PB

Código	Vencimento	Valor
18452523	08/08/2020	101,84
CPF	Forma de Pagamento	
052.420.834-41	Reboleto	

IMPORTANTE

IMPORTANTE

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 simple, 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. Brisonet, empresa filiada ao SPC.

Descrição do(s) Serviço(s)

Periodo de 10/06/2020 até 10/07/2020 - Mensalidade INTERNET FIBRA 200MB
Cobrança do mês 10/07/2020 - Multas e Juros: Taxa por Atraso de Pagamento 1/1
Salvo o que constar no boleto, é de responsabilidade do cliente a multa e juros. Multa por Atraso de Pagamento 1/1
99,00 (+)
0,86 (+)
- 0,86 (-)
0,00 (-)

033-7 03399.96662 20600.000218 77898.101017 1 83410000010184

Pagar: Eliangela Cirilo Da Silva - CPF: 052.420.834-41				
Nº do Número 21778961	Nº 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-136, Km 14, Estrada Brisanet, S/N - Sítio Serrota Verde, CE - 83460-000				
Agência / Código do Beneficiário				





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 Adailton 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 Elizangela Lúvia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.420.834/41 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Elizangela Lúvia 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>Rua nro 100 mts</u>	Número	<u>172</u>	Complemento			
Bairro	<u>bento</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>58013-430</u>
Email	<u>ccf.adilson@outlook.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83- 3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83- 988495530</u>		

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

Adailton 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 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB
58053-900

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 (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Janeiro de 2020.

Alisson Monte
SAMU 192
Matr. 629235

Ssen. Monte
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



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CAMPANHA 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 Regulado
Data: 01/01/2020
Hora: 02:47:39
Recepção: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

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

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/08/1983 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR CARDOSO TORRES, 146

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DAS DORES CIRILO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.01.000008

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

Endereco: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: AMARELO

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PA: | <input type="checkbox"/> FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> FC: | <input type="checkbox"/> TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Peso: | <input type="checkbox"/> Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Glicemia: | <input type="checkbox"/> IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Circ. Abd: | <input type="checkbox"/> O2%: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | | | |
| Observacao | | | |

Q. a Principal
COLISAO MOTO X CARRO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Quade ob - oto. Apesar de trauma
em 11-5-11

Diagnóstico

| Conduta

1) Atm de crvji

Prescrição

| Hora da medicacao

2) Ostescolis

S. T. Carvalho Jr.

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

Artur H. Sudário Oliveira
CRM 33642 / CRM 26.630
Ortopedia e Traumatologia

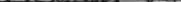
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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


Francisco de Oliveira / Barronquível

Assinatura e Correção do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elysangela C. da Silva Data da Admissão: 07/07/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD:

QDA:

*pt returra de queda de
moto após colisão com
carro com dor no fôlego*

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 _____ []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Disfagia []Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
[]Outros: _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro. []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]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.

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

Num. 45864070 - Pág. 13



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

07/04/09

Nome:	<i>Elisangela C. de Oliveira</i>	Data da Admissão:	07/04/09
Prontuário:		Enfermaria:	
Nome da Mãe:		Leito:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			Data de Nascimento / / /
QPD:	<i>Iti retinna de queda de moto após colisão com carro com dor no fôlego</i>		
QDA:			
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 []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edson de Oliveira				Registro:
Idade: 36	Sexo: M	Cor: P	Clinica: PMS	EMP: LR:
Data: 9/1/20	Cirurgião: Roberto Paula	1º Assistente: Yunes		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista: R. E. Neto	Tipo Anestesia: gips pecto	Horário: 07:00	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
Fratura do osso do nariz				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
CID				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
CÓDIGO				
Sedação clínica exér pós op				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não		
Descreva:				

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prófria e decubito
de costas oposto
tronco fixo

Incisão:

Incisão longitudinal
ao nível do

Achados:

reto e alvo
direto.

Seduxi a incisão
acarando 2 placas.

Conduta:

3.5 de 17x67
fuso + + de
6x6x1 fuso

Rcis de tecido
ferido, encharcado

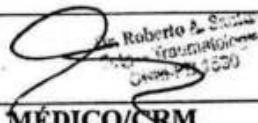
Gale fura os
mesmos palcos

Fechamento:

mesmos palcos

OBS:

Data: 31/12/2020


Dr. Roberto A. Soárez
CRM-PB 1630

MÉDICO/CRM





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 ás 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

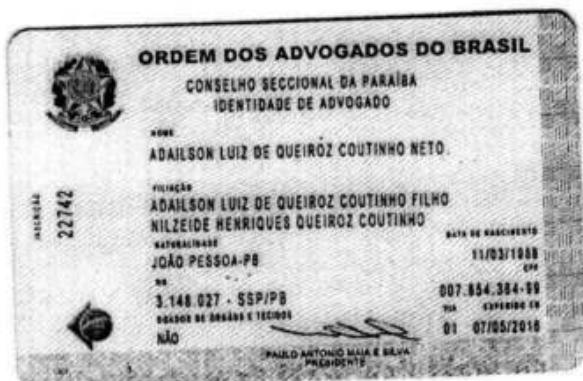




LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME ELISANGELA CINILIO DA SILVA		PONTUÁRIO N°	
IDADE 36	SEXO FEM.	CLÍNICA	BNF
DATA DE ADMISSÃO 01/01/20	DATA DE ALTA 10/01/20	PERÍODO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fr OSSOS ANTERIOR		CD S.52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O MESMO			
TRATAMENTOS			
INTERFERENTES			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS NEFS.			
APLICATIVOS MEDICAMENTOSOS			
ANOMALIAS/ATOLOGIAS			
INFECÇÃO ⁺ - SIM	- NÃO	EXERTIDA MATERIAL - SIM	- NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDICIONAMENTO - MELHORADO	REMÓVIDO	A PEDIDO	CURADO
ÓBITO			
ACONTECIMENTOS - HISTÓRIA, ESPECIAIS, TÉCNICAS QUANTITATIVAS			
PACIENTE SUBJETIVO: O TTO CIRÚRGICO. ATAVIA A REDUÇÃO ANTERIOR + FIXAÇÃO INTERNA ATAVIA DE PLACA E PONTO FUSO			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA LIVRE			
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Relativo a atividades sem esforço físico um _____ dias. Atividade com esforço leve a moderado um _____ dias e com esforço maior um _____ dias.			
CIDADES COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: oxic e cefalosporina			
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr ROBERTO SANTOS em 3 dias para revisão. 7 DIAS			
10/01/20	DATA		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			





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

Num. 45864070 - Pág. 19



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

Num. 45864070 - Pág. 20

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 - OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

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.
sequelas:

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 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	052.420.834-41	Eduardo Lílio da Silva		

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

5 - Nome completo:	Eduardo Lílio da Silva		6 - CPF:	052.420.834-41
7 - Profissão:	Recreio - se	8 - Endereço:	rua José José do Potocímero	
11 - Bairro:	Alto do Iel	12 - Cidade:	José Pessoa	9 - Número: 198
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58027-190	
15 - E-mail:	ccf.alto@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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	--	---

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341) Operação 033
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 29201 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivôzinho): 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 Lider 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 beneficiária não alfabetizada

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

X Eduardo Lílio da Silva

Eduardo Lílio da Silva

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

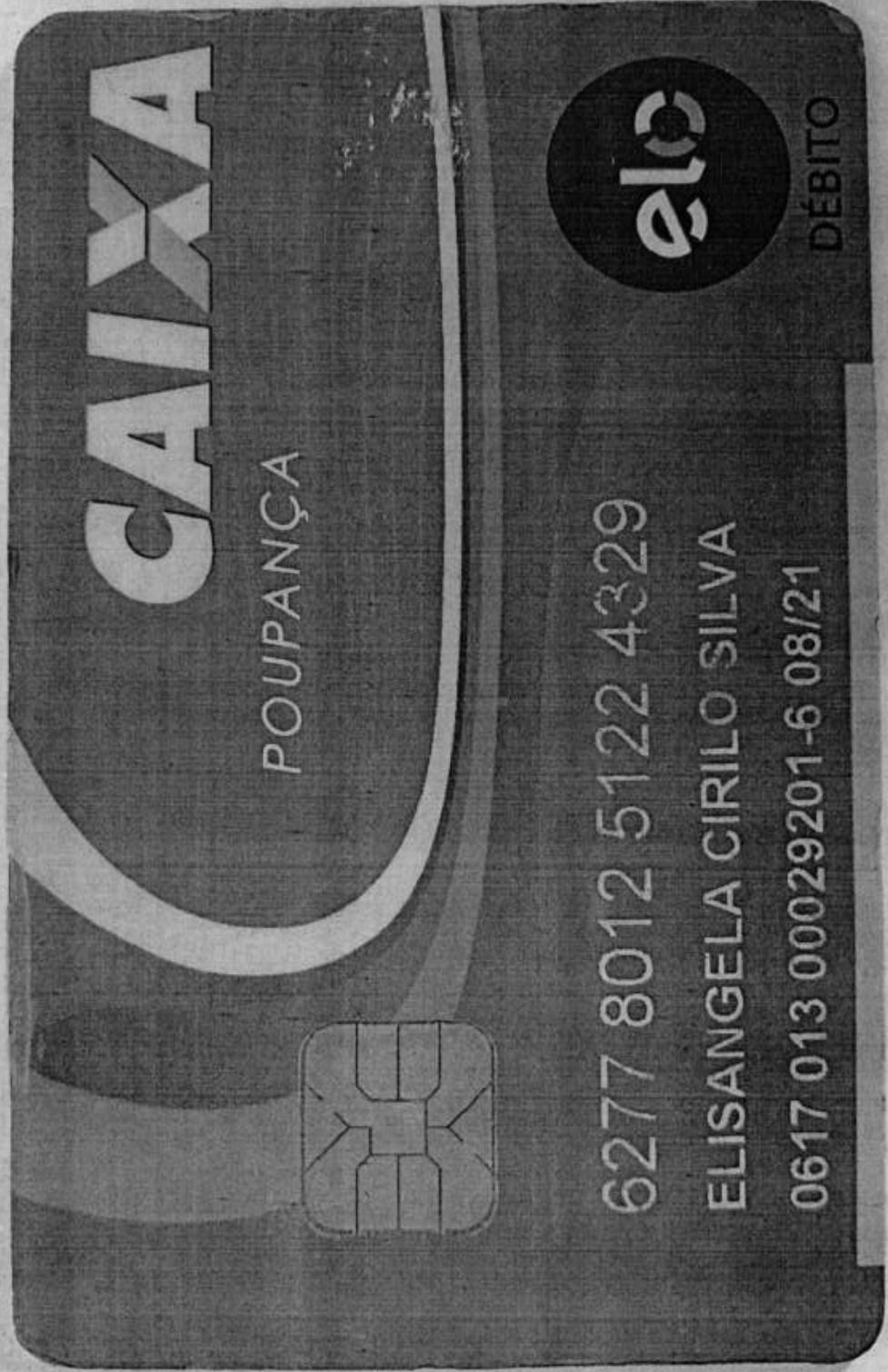
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Lourival Lílio da Silva

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS





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

Num. 45864070 - Pág. 23



68% 12:24



INTERNET BANKING

SAIR

Conta ▼

0617 013 00029201-6

Meu Saldo ▼

R\$ 23,34

minha conta



investimentos



fgts e inss



pagamentos

crédito

habitação



cartões

transferências

loterias



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

Num. 45864070 - Pág. 24



3G 66% 12:35



INTERNET BANKING



SAIR

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 000323 CRED TED 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.



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

Num. 45864070 - Pág. 25



3G 66% 12:35



INTERNET BANKING



SAIR

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



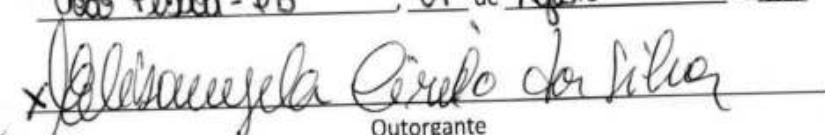
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Eduarda Círculo do Sina
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Vendedora de bijoux Nº DO RG: 06195768319
ÓRGÃO EMISSOR: Dnitom - PB DATA DE EMISSÃO: 09/11/15
Nº DO CPF: 052.420.834-41 ENDEREÇO: Rua Bern. José
de Paiva, nº 198, Alto do Boa, João Pessoa - PB, CEP 58027-
190

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ÓRGÃO 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 Eduarda Círculo da Sina, 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 2020.


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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2020

Titular do CPF: ELISANGELA CIRILO DA SILVA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/08/2020

Data do cadastramento: 20/08/2020

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

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 1^a 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 subscreve, 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.

Dianete 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

Num. 45864071 - Pág. 1

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

Num. 45864071 - Pág. 2