



Número: **0800100-43.2019.8.15.1171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.193,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO PAULO LUCIO DA SILVA (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62486 677	22/08/2022 12:08	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
62486 686	22/08/2022 12:08	<a href="#"><u>2616280_MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_01</u></a>	Outros Documentos
62486 691	22/08/2022 12:08	<a href="#"><u>2616280_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_03</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:23  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082374500000059085609>  
Número do documento: 22082212082374500000059085609

Num. 62486677 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO LUCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180405989**  
Vitima: **JOAO PAULO LUCIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **06/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180405989**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13334991

00020253  




Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180405989  
Vitima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA  
Data do Acidente: 06/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180405989**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pág. 01819/01820 - carta\_03 - INVALIDEZ

0040910  


A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13336916

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 2



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

053.831.394-35

Nome completo da vítima

JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA	CPF titular da conta 053.831.394-35	Profissão
Endereço RUA PROJETADA	Número 51/A	Complemento
Bairro JOSÉ MARIZ	Estado PARAÍBA	CEP 53860-000
Email _____	Telefone (DDD) 083 9 9974-6322	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0132 D/V CONTA NRO. 38154-5 D/V  
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V  
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data  
PONTE PLATEADA - PA, 30 de AGOSTO de 2018

JOÃO Paulo lúcio da silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





31 AGO. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 4



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
1º DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL  
Rua Prof. Newton Seixas, sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 655/2018**  
*Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO*

Data do fato: **06/06/2018** – Horário: **11h 00min**

Local do ocorrido: **BR 427, sentido Pombal/Paulista, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **01/08/2018 – 08h 35min**

GOVERNO DA PARAÍBA  
1º DELEGACIA DISTRITAL  
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL  
1º E 2º DD

**COMUNICANTE: JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA**, alcunha //; **Filiação:** José Lourival da Silva e de Francisca Ferreira da Silva; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 05/06/1987; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Centro, Paulista – PB; **Endereço Profissional:** \*\*; **Telefone** 83-9-9688-3523; **Portador da CI/RG n°:** 3.030.676 – SSP/PB.

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA CG 150 TITAN EX, placa QFR 5960/PB, NIV 9C2KC1660FR025507, cor VERMELHA, ano 2014/2015, licenciado (a) em nome de FRANCISCA FERREIRA DA SILVA, quando caiu ao chão devido a uma colisão com uma vaca; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura na clavícula esquerda e escoriações; Que apresenta como testemunha deste fato: Valdeido Macedo da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Centro, Paulista/PB, 998082813 e Francisca Ferreira da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Paulista/PB - 9688-3523; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 01 de agosto de 2018.

**AUTORIDADE POLICIAL:** Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Medeiros

GOVERNO DA PARAÍBA  
1º DELEGACIA DISTRITAL  
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL  
1º E 2º DD

**COMUNICANTE:** João Paulo Lucio da Silva

Heromar P. Trigueiro  
Escrivão da Polícia  
Mat. 156.597-4

DOCUMENTO ORIGINAL

31 AGO. 2018





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA	CPF da Vítima 053.833.394-35	Data do Acidente 06.06.2018
--	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

POIMBAL - PB, 30 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"**

31 AGO. 2018



**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

AZUL  VERDE  AMARELA  LARANJA  VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE:

NOME: José Paulino Lúcio da Silva  
COR: marrom DATA DE NASCIMENTO: 5/1/87 IDADE: 31 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Francisca F. da Silva PROFISSÃO: agricultor  
CARTÃO DO SUS: 206444470530058 RG/CNH: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Prejetada, centro, S/N  
ESTADO: PB CEP: 58.860-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 6/16/2018

SINAIS VITAIS:

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS: \_\_\_\_\_  
QUEIXAS: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO EM USO:

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Pacote com fermeira  
de chilindrônio pos ferida  
na moto e caxi

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° \_\_\_\_\_  
2° \_\_\_\_\_  
3° 160000 mg I.M. b.c. 1  
4° \_\_\_\_\_  
5° \_\_\_\_\_  
6° \_\_\_\_\_  
7° \_\_\_\_\_  
8° \_\_\_\_\_  
9° \_\_\_\_\_  
10° Suelio Neide Melo Freyre  
11° CRM 5374  
12° sp0000435552487  
13° \_\_\_\_\_  
14° \_\_\_\_\_  
15° \_\_\_\_\_  
16° \_\_\_\_\_  
17° \_\_\_\_\_  
18° \_\_\_\_\_  
19° \_\_\_\_\_



# 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: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000038154-5

---

Nr. da Autenticação 7C246257A8C9F126



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 8

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA

RG nº 3.030.676, data de expedição 26/01/15, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 053.831.394-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>5/1</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>JOSÉ MARIZ</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58860-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99974-6322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

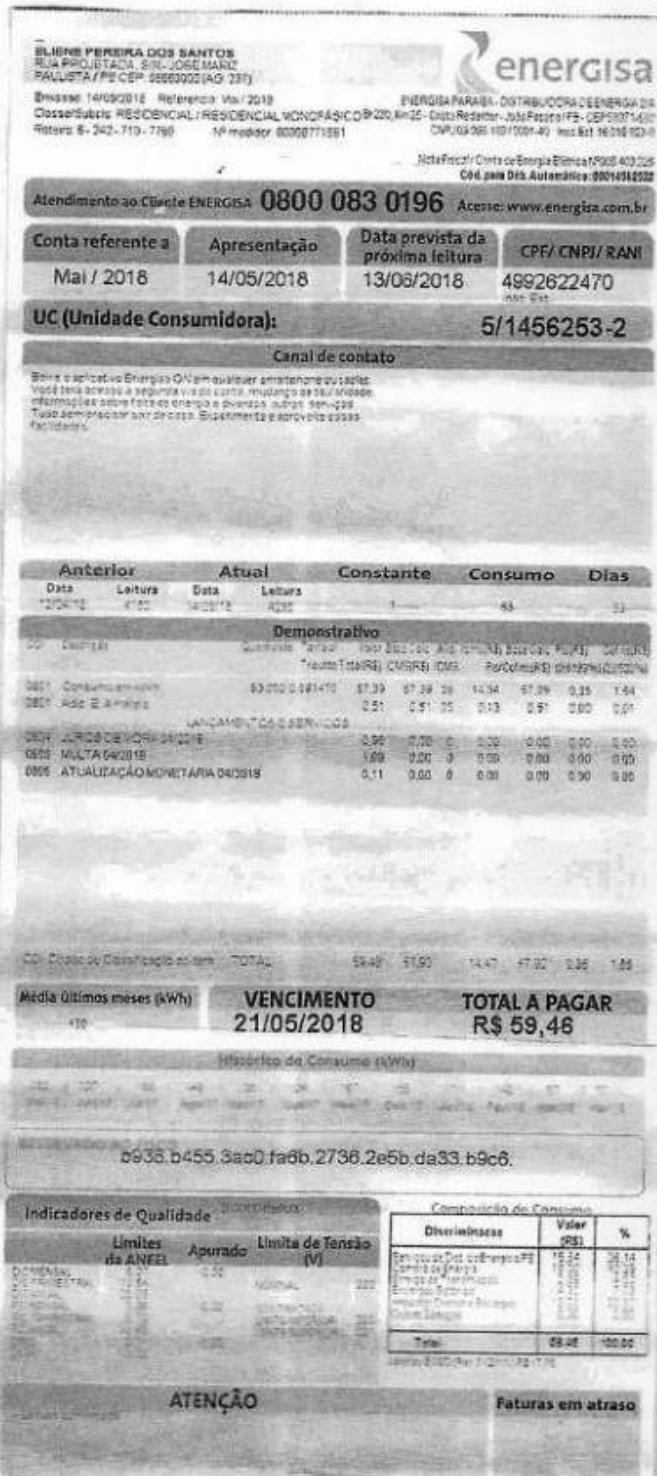
Local e Data: POMBAL, PB, 30.08.2018

Assinatura do Declarante: JOÃO Paulo Lúcio da Silva

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





31 AGO. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2208221208239800000059085617>  
Número do documento: 2208221208239800000059085617

Num. 62486686 - Pág. 10



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA  
JUN/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY  
RUA BEI. FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO.  
PETRÓPOLIS POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável		
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública			
112.004.115.0095.000	000	0	1	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
Y17E642254	23/01/2018	EXT LACRADO LIGADO	POTENCIAL					
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA				
31	42	11	32	08/07/2018				
HIST. CONSUMO/ANOS	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO-20	PORT.	05/2017	MS.		
MAR/2018	9	0	PARA METROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
AER/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0		
MAR/2018	7	0	CLORO	0	0	0		
FEV/2018	4	0	COL. TERHOT	0	0	0		
JAN/2018	10	0	COR	0	0	0		
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0	0	0		
MÉDIA(m <sup>3</sup> )	7	DADOS REFERENTES A: ABR/2018						

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52  
DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATÉ 10 m <sup>3</sup> - R\$ 67,65 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	67,65
ACIMA DE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 11,72 POR m <sup>3</sup>	1 m <sup>3</sup>	11,72
ESGOTO		

31 AGO. 2018

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,34 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	23/06/2018	Total a Pagar:	R\$ 79,37
-------------	------------	----------------	-----------

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
--------------------------------	-------------------------------	-------------------

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*\* ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*  
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	JUN/2018	23/06/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 11



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 falsa 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu JAQUES RAIMOS WANDREY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134/08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.831.394/35 do sinistro de DPVAT cobertura INVÁL10F2 da Vítima JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.831.394/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ABOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios: IMPOSTO SOBRE A RENDA

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BEL. PEC. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETRÓPOLIS	POMBAL	PE	58840-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JAQUES-ADU@bol.com.br		(83) 99974-6322	(83) 98148-8760

POMBAL - PB, 30 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

Jaques Raimos Wandrey  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

31 AGO. 2018



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **FRANCISCA FERREIRA DA SILVA**, RG nº 3030677, data de expedição 18/06/2002, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 029.850.754-40, com domicílio na cidade de Paulista, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada, nº s/n, Jose Mariz, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA**, cujo o condutor era **JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX

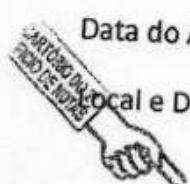
Ano: 2014

Cor: VERMELHA

Placa: QFR 5960/PB

Chassi: 9C2KC1660FR025507

Data do Acidente: 06/06/2018



Local e Data: POMBAL-PB, 13 / 06 / 2018

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROZ

Nº: JOANA D'ARC ELLIAS DE QUEIROZ  
Sub: ANDRÉ LUIZ ELLIAS DE QUEIROZ  
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA  
Em testemunho da verdade. Do:  
PÁ. POMBAL-Paraíba, trinta e duas da Junho de dezoito mil e dezessete.  
SELO Digital de fiscalização Tipo Normal B-AHB73340-PZ4K  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$ 11,38 FAPEN R\$ 0,28 FEPJR R\$ 0,00  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

DOCUMENTO ORIGINAL

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



2º TABELIONATO DE REGISTRO  
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/  
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroz  
Tabelião Substituto



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

AZUL  VERDE  AMARELA  LARANJA  VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME: Jacó Paulo Lino da Silva  
COR: morena DATA DE NASCIMENTO: 5/1/87 IDADE: 31 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Francisca F. da Silva PROFISSÃO: Agricultor  
CARTÃO DO SUS: 206444470530058 RG/CNH: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Prejetada, centro, S/N  
ESTADO: PI CEP: 65880000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 6/16/2018

SINAIS VITIAIS:

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS: \_\_\_\_\_  
QUEIXAS: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Peculiaridades: forte  
doença de fundo: Pos. Sardas  
nao fuma e bebe

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PREScrição MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° \_\_\_\_\_

2° \_\_\_\_\_

3° \_\_\_\_\_

4° \_\_\_\_\_

5° \_\_\_\_\_

6° \_\_\_\_\_

7° \_\_\_\_\_

8° \_\_\_\_\_

9° \_\_\_\_\_

10° \_\_\_\_\_

11° \_\_\_\_\_

12° \_\_\_\_\_

13° \_\_\_\_\_

14° \_\_\_\_\_

15° \_\_\_\_\_

16° \_\_\_\_\_

17° \_\_\_\_\_

18° \_\_\_\_\_

19° \_\_\_\_\_

Amiléa Neide Melo Freitas  
CRM 5374  
spen00435552461





SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"  
SECRETARIA DE SAÚDE

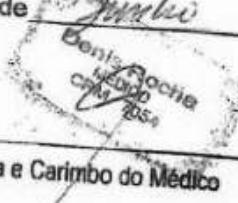
### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Júlio Távito Silveira da Silva  
portador (a) do RG \_\_\_\_\_, foi submetido(a) à  
consulta médica nesta data, no horário das 16 horas,  
sendo portador da infecção CID-10 S42.0.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas  
atividades laborativas por um período de 90  
( NOVENTA ) dias, a partir desta data.

31 AGO. 2018

Pombal - PB, 06 de Junho de 2018



Assinatura e Carimbo do Médico

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.





## Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03



Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

#### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Denis Roche

1º Via Farmácia  
2º Via Paciente

CRM 7034 UF PI Nº

Endereço:

Cidade: Pombal



CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: José Paulo Lira da Silva

Endereço: Av. Presidente. J. F. Ribeiro

Prescrição: Rx 00001

01 Ciprofloxacin 500mg - 01 C  
Tablet x 10. v. 01. 12/12/24

01 Ciprofloxacin 500mg - 01 C  
Tablet x 10. v. 01. 12/12/24.

Data: 06/08/2018

Assinatura do Médico

31 AGO. 2018

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



---

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180405989  
Vitima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA  
Data do Acidente: 06/06/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180405989**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 018/0101620 - caixa\_03 - INVALIDEZ



0004910

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de Indenização será negado por ausência de comprovação documental.** Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Carta nº 13336916





**Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB: 9251

## LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de perícia médica que o paciente Sr. **JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA**, RG 3030676 SSP/PB, é portador de sequela de fratura clavícula esquerda, devido a acidente de trânsito (colisão moto-animal) em 06/06/2018. Ao exame: Membro superior esquerdo: diminuição de força e atrofia muscular; limitação de amplitude de movimento de ombro esquerdo, presença de tumefação em região supraclavicular (calo ósseo) à esquerda. Traz radiografias: fratura alinhada com formação de calo ósseo. Relata que não conseguiu realizar fisioterapia.

Paciente de alta da ortopedia, com rigidez articular importante, com limitação grave de mobilidade de ombro impedindo o paciente para atividades diárias.

CID 10: S 42.0 / M 25.6

Pombal em 14 de setembro de 2018.

Dr. Túlio Alberto de O Souza  
Ortopatologista - CRM 9251  
CNS: 206623762240007

MÉDICO

Clinica Santa Cecilia - R. Cel. João Carneiro, 368 - Centro, Pombal – tel: (83) 3431-2020  
Clinica Santa Cecilia - Av Venâncio Neiva, 283, Centro, Catolé do Rocha – tel: (83) 3441-3667



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>

Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 19



31 AGO. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 20



31 AGO. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NAME JAQUES RAMOS WANDERLEY

PAI/AVÓ AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
MILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB

DOC. ORIGEM CASA N. 10728 ELS. 248 LIV. B-28  
CARTÓRIO POMBAL-PB

032.976.134-06

ASSINATURA DO CARTÓRIO

LEIAZ 7.110 DE 2000/05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 21

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB** N° 013814135872  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 0103325049-7 2018220000195 EXERCÍCIO  
1 0103325049-7 00/0000000 2018

DOMINIO: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

CPF: 02985075400 PLACA: QFR5960/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2MC1660FR025507

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAR/POCIL: 2.0/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º  
VIA FERIA 0 2º  
A 0 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* 00000 00000 27/03/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PAULISTA-PB LOCAL: 04/04/2018 DATA: 04/04/2018  
19399 31054

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA, APESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

**PB N° 013814135872 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/04/2018

VIA COD. RENAVAM 0103325049-7 PLACA QFR5960/PB

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB: 2014 CAT/INE: 9 NR CHASSI: 9C2KC1660FR025507

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

FNG (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		
IOF (R\$) 00000	SEGURADO PAGO	TOTAL A SER PAGO SEGUROADO (R\$) 00000
PAGAMENTO: <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO: 27/03/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 03.248.608/0001-04  
31054-0959342-20180404

002-2017

31 AGO. 2018



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180405989      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO LUCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/06/2018      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180405989      **Cidade:** Pombal  
**Vítima:** JOAO PAULO LUCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 06/06/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 24

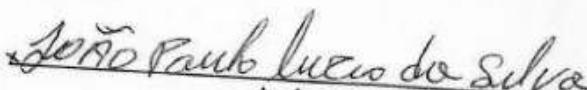
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** JOAO PAULO LUCIO DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3.030.676-2º SSDS/PB E CPF: 053.831.394-35, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, JOSE MARIZ, PAULISTA – PB.

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ E DAMS para a vítima JOAO PAULO LUCIO DA SILVA.

  
POMBAL, PB, 13 / 06 / 2018.

  
Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

### CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Nº: JOANA D'ARC FILIAS DE QUEIROGA  
Sob: ANDRÉ LUIZ FILIAS DE QUEIROGA  
Escritório (Por AUTENTICIDADE) a SANTO DE: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA.  
En: testamunha de verdade. Des:  
Fº: POMBAL-Paraíba, trinta de junho de Dois mil e dezoito  
SINLO25A Selo Digital de Realização Tipo:Normal B-AHB73309-UBXC  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMCLUM, R\$ 11,38 FARREN R\$ 0,28 FEPJ R\$ 0,00  
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

DOCUMENTO ORIGINAL



2º TABELIONATO DE REGISTRO  
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/  
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB  
André Luiz E. de Queiroga  
Tabelião Substituto

31 AGO. 2018

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320947/18

**Número do Sinistro:** 3180405989

**Vítima:** JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

**CPF:** 053.831.394-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/06/2018

**Titular do CPF:** JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082398000000059085617>  
Número do documento: 22082212082398000000059085617

Num. 62486686 - Pág. 26



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO BENTO/PB**

**Processo: 08001004320198151171**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO PAULO LUCIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer o arquivamento do feito, tendo em vista o trânsito em julgado, não havendo ulterior interposição de recurso.

Assim, requer seja certificado pela serventia do cartório deste Juízo o trânsito em julgado, e por conseguinte, **proceda-se a baixa do processo no cartório distribuidor, e o subsequente arquivamento dos autos.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SAO BENTO, 18 de agosto de 2022.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/08/2022 12:08:24  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22082212082449000000059085622>  
Número do documento: 22082212082449000000059085622

Num. 62486691 - Pág. 1