



Número: **0800084-42.2019.8.15.0831**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Araruna**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURICIO LOURENCO DA SILVA (AUTOR)		POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43662648	26/05/2021 14:26	Petição	Petição
43663200	26/05/2021 14:26	2639099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
43663202	26/05/2021 14:26	2639099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ARARUNA/PB

Processo n.º 08000844220198150831

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **MAURICIO LOURENCO 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARARUNA, 24 de maio 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 14:26:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052614264718900000041522166>
Número do documento: 21052614264718900000041522166



BANCO: 0001
AGENCIA: 01942
CONTA: 000000000025-7
FAVORECIDO: MAURICIO LOURENCO SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$10.00

Rede Mais Voce

Via Cavour
COMERCIO GREGARIO
Pos: 72752001 LI: 117 Doc: 22 Oper: 172752
19-12-18 15:00:02

CIBAN:072752 LOJA:0001 PUV:000001
19/12/2018 BANCO DO BRASIL 16:00:44
194275201 CORRESPONDENTE BANCARIO 0063
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPIANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: MAURICIO LOURENÇO SILVA
AGÊNCIA: 1942-9 CONTA: 7.029-7

VARTACAO POUQUICA	51
DATA	19-12-2018
NR. DOCUMENTO	19.427.275.200.053
VALOR DINHEIRO	10.00
VALOR TOTAL	10.00

NR. AUTENTICACAO 9.952.002.80E.7F5.1A9

Creditos a partir de 04/05/2012 estao disciplinados pela Lei 12.783.



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180367514

Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RODRIGO PONTES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367514**.

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 13224878

Pag. 01845/01846 - carta_01 - INVALIDEZ

00010923



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180367514
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA
Data do Acidente: 30/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO PONTES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180367514**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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** 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

Pag. 00905/00906 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13227432



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Carta nº 13690786

A/C: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180367514 ASL-0290917/18
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA
Data Acidente: 30/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO PONTES DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00743/00744 - carta_25 - INVALIDEZ

00020372



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 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

Nome completo da vítima

110.266.824-44 Maurício Laurence da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maurício Laurence da Silva		CPF titular da conta 110.266.824-44	Profissão Agricultor
Endereço Rua Vagabunda, 212		Número 51	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Cacimba de Dentro	Estado PB	CEP 58230-000
Email		Telefone (DDD) (83) 98769-6065	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

Nº

3942

D/V

9

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

7029

D/V

7

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito 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.

João Pessoa, 03 de Abril de 2018

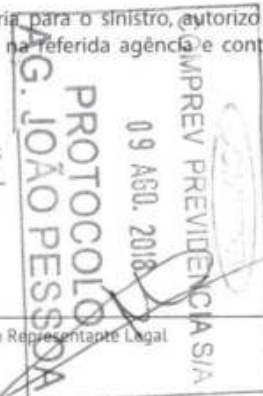
Local e Data

Rodriço Pontes do Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL

CPF

710.266.824-44

Nome

MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Agência

1942-9

Conta

7.029-7

Conta conjunta

Não

Solidariedade

Solidária

Qtd. assinaturas

1

Data

22/12/2017

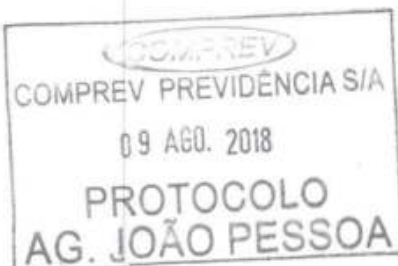


Mod. 0.50.239-5 - Jul/2014 - SISBB 14204 - jlv

Funcionário

Cliente

POUPANÇA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Livro nº. 001/2017

Ocorrência nº 208/2017

DESCRIÇÃO:

Aos Trinta (30) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, ai pelas 10h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: MAURICIO LOURENÇO DA SILVA, Idade: 54 anos, nascida em 04/02/1963, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro/PB, Estado civil solteiro, Profissão: agricultor, Filiação: pai não declarado e Josefa Lourenço da Silva, Endereço: Rua Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 4301842 SSP/PB

CPF: 710.266.824.44

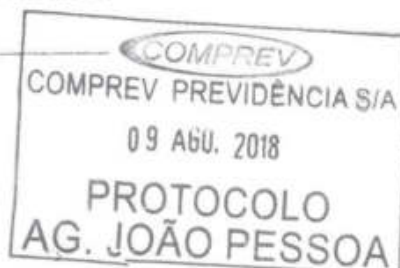
HISTORICO

Noticiou: Que no dia 30 de Junho de 2017, por volta das 20:00 horas, estava como passageiro em uma motocicleta de marca HONDA CG 125 TITAN KS, ANO MODELO 2002/2003 COR VERMELHA, PLACA MOO 0149/PB, CHASSI 9C2JC30103R153521, Que se encontra em nome de JOSÉ EDER DE LIMA TAVARES; Que vinha da cidade de Araruna (rodovia PB 111) com o Sr RODRIGO PONTES DA SILVA; Que na chegada do Sítio Barreiros um jumento atravessou na frente da motocicleta e o Sr RODRIGO ao desviar do animal perdeu o controle da moto e caiu juntamente com o noticiante; Que o Sr Rodrigo não sofreu nenhuma escoriações e o noticiante foi socorrido pelo SAMU da cidade de Araruna/PB; para o hospital de trauma da cidade de João Pessoa/PB, onde passou 12 dias internado e passou por cirurgia no rosto(queixo); Que não manifesta o desejo de representar contra o Sr Rodrigo e apresenta como testemunhas o Sr Rodrigo Pontes da Silva, portador da RG 3093579 SSP/PB residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB e o Sr José Eder de Lima Tavares, portador da RG nº 3066096 SSP/PB Residente no Sítio Lagoa Salgada Zona Rural de Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, cliente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 30 Outubro de 2017

Assinatura do(a) noticiante

Evangelista Xavier Luna
Escrivão Ad-Hoc Matr 137.334.0



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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Maurício Mourão da Silva 740.266.824-44 30/06/2017

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 atenda 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 51º 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.


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 01 de agosto de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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 Maurício Mourão da Silva CPF da Vítima 740.266.824-44 Data do Acidente 30/06/2017

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 atenda 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 51º 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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 01 de agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Atto declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os fins de direito que o paciente o
Sr.(a) Mauricio de Almeida Silva, portador do RG n°
430.1842 SSP-PB, inscrito no CPF n° 410.266.824-44, com Cartão
Nacional de Saúde (CNS) n° _____, residente na rua
rua da Lagoa Salgada, n° _____, no município de
Bac. de Waiã, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de
Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 30 / 06 / 2017 as 18:05, pela equipe
composta pelo médico o sr(a) _____, Enfermeira a Sr(a)
Yedya, técnica de enfermagem a Sr(a) Daucilene e
condutor o Sr(a) Jamilson; vítima de acidente de trânsito

Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer
esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 28 / 06 / 17;

Thais Laureanna da Silva Ferreira
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 18935

Diretor Administrativo



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01942-9

CONTA: 000010007029-9

Nr. da Autenticação D334A58AF1BA5942



JOSÉ MARIA DA SILVA
RUA LUIZ SALGADO, S/N - ARAUÁ
CACHIMBÉ DE CENTRO (PE) CEP: 55200-000 (AO: 83)

Cidade: Sobral, PE. CENAL: BARRAGEM MONOFASICA, D. 8/20 Km 25, Cód. Rede: 220, Pot. atp: 0,00, CEP: 0807-5-000
Roteiro: 6-48-581-8140 Referência: Jul/2017
Nº medidor: 00000973945 Emissão: 13/07/2017

ENERGISA PARÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.906.182/0001-40, Ins. Est. 16.016.023-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº000 443 907
Código para Débito Automático: 00010443810

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Jul/2017	12/07/2017	14/08/2017	2087014483 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1044381-0

Canal de contato

Atenção: O cliente deve ler o manual de instruções para a utilização do medidor e, em caso de dúvidas, entrar em contato com o atendimento ao cliente.

Apresentação da conta: A conta de energia elétrica é apresentada com o valor da energia consumida, os impostos e as taxas. O valor da tarifa, passiva e variável, é apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/06/17	4185	12/07/17	4801		48	30
Demonstrativo						
CC - Descrição		Quantidade (kWh)		Tarifa (R\$/kWh)		Cotação (R\$)
		Tarifa (R\$/kWh)		Parcelas (R\$)		Parcelas (R\$)
0801 - Consumo de Energia Elétrica		10.000,00	10.000,00	4,58	0,00	45,80
0802 - Consumo de Energia Elétrica		10.000,00	10.000,00	4,20	0,00	42,00
0803 - Adm. B. Energia		0,14	0,00	0,00	0,14	0,00
0810 - Subtotal		12,35	0,00	0,00	12,35	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0908 - Devolução de Energia		11,80	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item: TOTAL: 9,48 0,00 0,00 21,24 0,17 0,78

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
13/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 9,48

Histórico de Consumo (kWh)

47 | 45 | 45 | 53 | 43 | 47 | 52 | 45 | 48 | 51 | 48 | 53
Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16 | Jul/16

RESERVADO A 59ea.a3d5 acff.3c58.1309.35fa bc.i8.5fca

Indicadores de Qualidade

Indicadores	Limites	Apuração	Unidade de Tensão
DI MENSAL	22,50	0,00	10,00V
DI TRIMESTRAL	47,70	0,00	10,00V
DI ANUAL	7,82	0,00	10,00V
FI MENSAL	10,04	0,00	10,00V
FI TRIMESTRAL	31,28	0,00	10,00V
FI ANUAL	4,83	0,00	10,00V
DIQU	10,80	0,00	10,00V

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	45,80	75,52
Consumo de Energia Elétrica	42,00	72,57
Consumo de Energia Elétrica	0,14	1,21
Consumo de Energia Elétrica	0,00	0,00
Consumo de Energia Elétrica	0,00	0,00
TOTAL	9,48	100,00

Valor do IUC: R\$ 0,17 (Ref: 5/2017) R\$ 4,70

ATENÇÃO

- REATIVAÇÃO DE VENCIMENTO: O cliente deve pagar a parcela em atraso até o dia 13/07/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, pois o mesmo não será comunicado antes do pagamento da parcela em atraso. Caso não seja pago, a suspensão do fornecimento será efetuada. Para evitar a suspensão do fornecimento, o cliente deve pagar a parcela em atraso até o dia 13/07/2017. Sua unidade foi afetada como Bixa-Renda, tendo um desconto de R\$11,80.

Parcelas em atraso

Parcelas em atraso: 10,00
COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



vivo

Nº da Conta: 0012725795
Mês de vencimento: 06/2018
Partida: 82002018 a 0106/2018
Data de emissão: 04/06/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Para consultar o detalhe do seu consumo
acesse o site www.vivo.com.br/meuvivo

Telefônica Data S.A.
Av. Presidente Vargas, 475 - Sala 201
CEP 58000-000 - João Pessoa - PB
I.E.: 06.136.805-2
CNPJ: 06.948.103/0001-40
CNPJ Falt.: 02.558.103/0001-10

CLAUDIO DOS SANTOS
RUA CAPITAO PEDRO MOREIRA, 287
CENTRO
58230-000 - CACIMBA DE DENTRO - PB

Vencimento
17/06/2018

Total a Pagar - R\$
45,89

Seus Números Vivo
83-98122-0771

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento de sua conta.

Ajuste informações referentes ao Vivo
Vozes

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Voz	Valor R\$ Plano/Pacote	Inclusão Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
Vivo Móvel			30,00			30,00
VIVO CONTROL DIGITAL - 300 R\$ (Serviço Telefônica Data)	1	1	31,99			31,99
Subtotal						14,00
Serviços de Terceiros Telefônica Data			14,00			14,00
VIVO CONTROL SERVIÇO DIGITAL 8	1	1				14,00
Subtotal						0,00
Outros Lançamentos						0,00
Cargos Financeiros						0,00
Subtotal						0,00
TOTAL A PAGAR						45,89

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitada impressa, de forma permanente no site.

Telefônica Data e Terra são empresas do Grupo Telefônica e poderão ser prestadoras dos seus Serviços Digitais, que mantêm todas as características, preço e demais condições.

As operações desta conta são sujeitas às políticas de contas operadoras. O pagamento desta conta não gera débitos anteriores. Manutenção e pagamento em dia e evita a suspensão parcial ou total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% a juros de 1% ao mês em juros futuros.

vivo

Nome do Cliente
CLAUDIO DOS SANTOS

CNPJ: 06.948.103/0001-40

Nº da Conta: 0312725795

546500000001

458902900018

103127257950

061891826175

Autenticação Mecânica



Mês Referência: 06/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 14:26:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052614264787200000041522168>

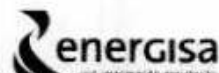
Número do documento: 21052614264787200000041522168

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-vida de conta

Forma para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 013.864.849



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.906.103 / 0801-46 Ins. Est. 16.016.233-0

DADOS DO CLIENTE JOSEFA MARIA DA SILVA SIT LAGOA SALGADA S/N CACIMBA DE DENTRO		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1044381-0		
REFERÊNCIA OUT/2018	APRESENTAÇÃO 11/10/2018	CONSUMO 43	VENCIMENTO 19/10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 12,00

Acesse: www.energisa.com.br

		JOSEFA MARIA DA SILVA Roteiro: 06-049-561-6140 8362000000-5 12000654000-1 10443812018-0 10900049019-2	
VENCIMENTO 19/10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 12,00	MATRÍCULA 1044381-2018- 10-8	





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/BIBLIOTECABWEB/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 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 Rauldo Inácio Norte inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.007.694 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lauroberto de Lins Balduino inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.156.714 / 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lauroberto de Lins Balduino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.156.714 / 23, 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 à 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 <u>Av. Dionísio Puxeto - Park Ville Q. 27 L. 17</u>		Número <u>5000</u>	Complemento <u>lazer.</u>
Bairro <u>Severina</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.434-500</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83.98691.0886</u>

P. Frank PB, 09 de novembro de 2016
Local e Data

Rauldo Inácio Norte
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Eder de Lima Tavares

RG nº 3466096, data de expedição 29/09/02,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 098.211.134-78, com
domicílio na cidade de Calumbá de Dentro, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Lagoa Solgada, nº 54, complemento
lata, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Maurício Baurme da Silva, cujo o condutor era
Rodrigo Pentes da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG-125 Titan RS.

Ano: 2002.2003.

Placa: M00-0149-PB.

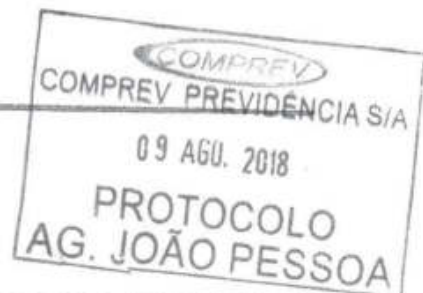
Chassi: 962.4C3.010.3R1.53521.

Data do Acidente: 30.06.2017.

Local de Data: Calumbá de Dentro PB, 03.07.2018

Jose Eder de Lima Tavares

Assinatura do Declarante



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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.301.842 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/12/2014

NOME MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSEFA LOURENÇO DA SILVA

NATURALIDADE CACIMBA DE DENTRO-PB DATA DE NASCIMENTO 04/02/1963

DOC ORIGEM NASC.N. 7729 FLS. 137 LIV. 8

CARTÓRIO CACIMBA DE DENTRO-PB

710.266.824-44

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DA PRESERVAÇÃO DA ORDEM SOCIAL

UNIDADE DE PESQUISA BIOMÉTRICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-049

NÃO ALFABETIZADO(A)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO, 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





EVIDENCIADO

2018

DOCO

DESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.093.579 - 2 VIA 06/07/2009

RODRIGO PONTES DA SILVA

ANTONIO EMÍLIO DA SILVA
ANTONIA PONTES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

08/04/1988

ARARUNA-PB

NASC.N. 17438 FLS. 565 LIV. A. 17

CARTORIO ARARUNA-PB

0168790-850-50

ASSINATURA DO DIRETOR

11/05/2021 14:26:48

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
ESPATAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917



Rodrigo Pontes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9049677563
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 79599814-7 RNTC 00/00000000 EXERCÍCIO 2011

NOME
JOSE EDER DE LIMA TAVAREAS

CPF/CNPJ
09821113478

PLACA
MO00149/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JC30103R153521

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2003

CAP/POT./CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM 15/08/2011

VENC. COTA UNICA 1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

VENC. COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)
PAGO

DATA DE PAGAMENTO
15/08/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CACIMBA DE DENTRO - PB

33987

DATA 24/08/2011

40563

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2011

CPF / CNPJ
09821113478

PLACA
MO00149/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563

EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 24/08/2011

VIA 1 CPF / CNPJ 09821113478

PLACA MO00149/PB

RENAVAM 795998147 GAS

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2002

CAT. TIF. 9

Nº CHASSI 9C2JC30103R153521

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0,

DENATRAN (R\$) 0,

CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,

IOF (R\$) SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO

PAGAMENTO
☐ COTA UNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
15/08/2011

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
40568-1208401-20110824

06/2-2010

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367514 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(TCE).
TRATAMENTO CIRÚRGICO(COMPLEXO ZIGOMÁTICO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180367514 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE(FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(TCE).
TRATAMENTO CIRÚRGICO(COMPLEXO ZIGOMÁTICO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrivente Autorizada



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA
Serviço Registral e Notarial - Cacimba de Dentro, PB
Autenticação de cópia reprográfica extraída desta serventia, que confere com o original. Deu fé. Caciaba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Em test. da verdade.
Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva (Escrivente autorizada)
Valor Total R\$ 3,05
Válido somente com o selo A0679968-DAN2

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrivente Autorizada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
Tipo Normal A
Procuração
AFK90295-C2GR
Confira os dados do ato em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos R\$: 92,32
FARPEN R\$: 10,02 FEPJ R\$: 18,47





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LIVRO 56

FOLHA 133V



GOMES DE SOUZA SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL

CNPJ/MF 09285784000116
Cacimba de Dentro - PB - OFÍCIO ÚNICO

Genivaldo Gomes de Souza

Tabelião

Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza

Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva

Shella Cristina Paulino Gomes

Substitutos

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem:
MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA como **OUTORGANTE** e RODRIGO PONTES DA SILVA como **OUTORGADO**.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 29 dia(s) do mês de dezembro do ano de 2017, nesta cidade de Cacimba de Dentro, Estado do Paraíba, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como **OUTORGANTE** MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 4.301.842-SSP/PB, CPF nº 710.266.824-44, residente e domiciliado no sítio Lagoa Salgada, neste município de Cacimba de Dentro-PB, reconhecido como o próprio por mim Escrevente Autorizado(a) pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui **PROCURADOR** RODRIGO PONTES DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 3.093.579-2ª VIA-SSP/PB, CPF nº 016.790.854-50, residente e domiciliado no sítio Lagoa Salgada, neste município de Cacimba de Dentro-PB, a quem concede **PODERES** A QUEM CONCEDE PODERES PARA O FIM ESPECIAL DE REQUERER JUNTO A SEGURADORA LIDER E CONAPP - CIA NACIONAL DE SEGUROS S.A. INTEGRANTE DO CONVÊNIO SEGURO DPVAT, O PAGAMENTO DO SINISTRO, QUE VITIMOU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO O(A) SR.(A) MAURÍCIO LOURENÇO DA SILVA, PODENDO O(A) DITO(A) **PROCURADOR(A)**, REPRESENTAR O (A) **OUTORGANTE** COMO SE O (A) PRÓPRIO(A) FOSSE, PODENDO REQUERER, ASSINAR RECIBOS, ASSINAR AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, RECEBER ORDEM DE PAGAMENTO EMITIDA PELA FENASEG A BANCO DO BRASIL-S/A, AGÊNCIA: 1942-9 - CONTA POUPANÇA: 7.029-7, PARA O PAGAMENTO DE QUITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT, RECEBER E DEPOSITAR O VALOR RECEBIDO, DAR QUITAÇÃO, ENFIM REQUERER E ASSINAR TODOS OS PAPEIS E DOCUMENTOS QUE FOREM PRECISOS, E PRATICAR TODOS OS DEMAIS ATOS NECESSÁRIOS PARA O MAIS AMPLO E FIEL CUMPRIMENTO DO PRESENTE MANDATO, DECLARO NÃO HAVER IML NESTA CIDADE. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. As: a rogo pelo outorgante, CLÁUDIO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 2.242.912 SSP/PB, CPF nº 038.048.504-48, residente e domiciliado na Rua Capitão Pedro Moreira, nº 287, centro, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB. Eu Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva Escrevente Autorizado(a), subscrevo *[assinatura]* em público e raso com sinal que uso. Em testemunha da verdade. Dou fé. Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017, este conforme original. Traslada hoje.



[assinatura]
Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
Escrevente Autorizado(a)

Rua: Getúlio Vargas, 03, centro - Cacimba de Dentro-Paraíba - Fone: 83 3379-1003 / Fax: 83 3379-1003

AL 505610 D

Aldrina Magda G. de Sousa Silva

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290917/18

Número do Sinistro: 3180367514

Vítima: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

CPF: 710.266.824-44

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

RODRIGO PONTES DA SILVA : 016.790.854-50

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

MAURICIO LOURENCO DA SILVA : 710.266.824-44

Comprovante de residência

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 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: 09/11/2018
Nome: RODRIGO PONTES DA SILVA
CPF: 016.790.854-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

RODRIGO PONTES DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

