



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
43662 648	26/05/2021 14:26	<u>Petição</u>	Petição
43663 200	26/05/2021 14:26	<u>2639099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
43663 202	26/05/2021 14:26	<u>2639099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 14:26:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052614264635700000041522164>
Número do documento: 21052614264635700000041522164

Num. 43662648 - Pág. 1



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



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

Num. 43663200 - Pág. 1

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

Num. 43663200 - Pág. 2



Confirma Dados?

BANCO: 0001
AGÊNCIA: 01942
CONTA: 00000000000000000000
FAVORECIDO: MAURICIO LOURENCO SILVA
VALOR DEPOSITO: R\$10,00

Rede Mais Você
Via Clientes
COMERCIAL ALFARRO
Pav: 72752001 Lt:117 Blo:22 0per:1/2752
19/12/18 15:00:42

CODIN: 072752 LDH:000 PDV:000000
13/12/2018 BANCO DO BRASIL 15:00:44
194275201 CORRESPONDENTE BANCÁRIO 0063
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
EM DINHEIRO

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

VALTACAO POUPANCA	51
DATA	13-12-2018
NR. DOCUMENTO	19.427.275.298.063
VALOR DINHEIRO	10,00
VALOR TOTAL	10,00

NR. AUTENTICADOR: 9.952.062.8CE.7F5.1A9

Creditos a partir de 04/05/2012 estao disciplinados pela Lei 12.703.





Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICIO LOURENCO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180367514**
Vitima: **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.seguradoraslider.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 132224878

Pag. 01845/01846 - carta_01 - INVALIDEZ



00010923



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

Num. 43663202 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO LOURENCO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180367514
Vitima: 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

Pag. 00905/00906 - carta_03 - INVALIDEZ

00050453

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.

Carta nº 13227432

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



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

Num. 43663202 - Pág. 3



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





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 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

710.266.824-440 Mauricio Lourenço da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Chaves Lourenço da Silva	310.266.824-44	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Vizinha Vilgada	SN	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Bacimba de Dentro	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58230-000	(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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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 Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
3942	9	4029	7

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Nº:
----------------	-----

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

Júlio Lourenço da Silva, 03 de Abril de 2018

Local e Data

Rodrigo Pontes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017

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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105261426478720000041522168>

Número do documento: 2105261426478720000041522168

Num. 43663202 - Pág. 5



CPF

710.266.824-44

Name

MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Conta conjunta

Solidariedade

Não

Solidária

Agência

1942-9

Conta

7.029-7

Qtd. assinaturas

1

Data

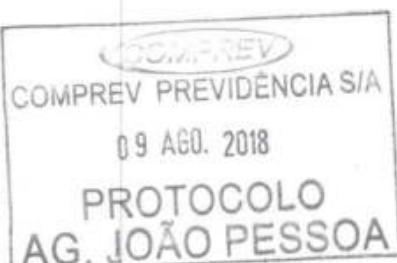
22/12/2017



Mod. G.50.239-5 - Jul/2014 - SISBB 14204 - jv

Funcionário

Clemente

Poupança

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

Num. 43663202 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
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

DESCRÍÇÃO:

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 Policia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Policia Civil, comigo escrivão de Policia 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

HISTÓRICO

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, ciente (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/Ma-157.334.0





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

CPF da Vítima

Data do Acidente

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.

Cum 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.

COMPREF
COMPREF - PREVIDÊNCIA SOCIAL
09 AGO. 2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Jacé Pessoa, 01 de agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

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

Num. 43663202 - Pág. 8



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 Mauricio Isauense da Silva CPF da Vítima 710.366.824-43 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.

Cum 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.

COMPREV
COMPREF
PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Faé 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

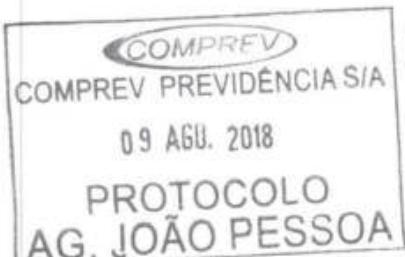
Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) Mauricio Moreira da Silva, portador do RG nº 430.1642 SSP-PB, inscrito no CPF nº 410.366.824-44, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, residente na rua 3100 Manoel Salininha, nº _____, no município de Bac. de Wailá, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 30 / 05 / 2017 as 18:05, pela equipe composta pelo médico o sr(a) _____, Enfermeira a Sr(a) Vandy, técnica de enfermagem a Sr(a) Joelaine e condutor o Sr (a) Jamilton; vítima de acidente de trânsito.

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

Araruna/PB 28 / 06 / 17;

Thais Laurena 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



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

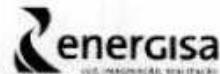
Num. 43663202 - Pág. 11

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-versão da conta.

Novo para solicitar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica N° 013.864.849



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-010
CNPJ 05.908.181 / 0891-48 - Inscrição Estadual 16.018.232-0

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA DA SILVA
SIT LAGOA SALGADA SIN
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: 06-049-061-6140

83620000000-5 12800654000-1 10443812018-0 10900049019-2



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/10/2018	R\$ 12,00	1044381-2018-10-8



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

Num. 43663202 - Pág. 14



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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raulino Moreira Torres inscrito (a) no CPF/CNPJ 087.007.694 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raulino Moreira Torres inscrito (a) no CPF sob o N° 708.156.714 / 23 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raulino Moreira Torres, inscrito (a) no CPF sob o N° 708.156.714 / 23, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	Av. Dionísio Puxoto - Park Ville Q.27 l. 17	Número	5000	Complemento	lote .
Bairro	Serviços	Cidade	João Pessoa	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	83	Telefone celular (DDD)	58.434.500

R. Praute PB, 09 de novembro de 2016
Local e Data

Raulino Moreira Torres
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Eder de Lima Tavares

RG nº 3066096, data de expedição 21/09/02,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 098.211.134-77, com
domicílio na cidade de Alembel de Reuto, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baque Salgadeiro, nº 54, complemento
tase. Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido
com a vítima Mauricio Barreto da Silva, cujo o condutor era
Rodrigo Puentes da Silva.

Veículo: Honda CG 125 Titânio F.S.

Modelo: Honda CG 125 Titânio F.S.

Ano: 2002 - 2003.

Placa: M00-0149 - PB.

Chassi: 9C2J030103R153521.

Data do Acidente: 30.06.2017.

Local de Data: Alembel de Reuto PB, 03.07.2018

Jose Eder de Lima Tavares

Assinatura do Declarante

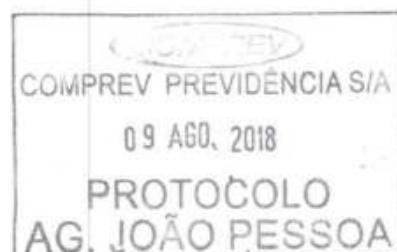


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima
reclamante do sinistro)



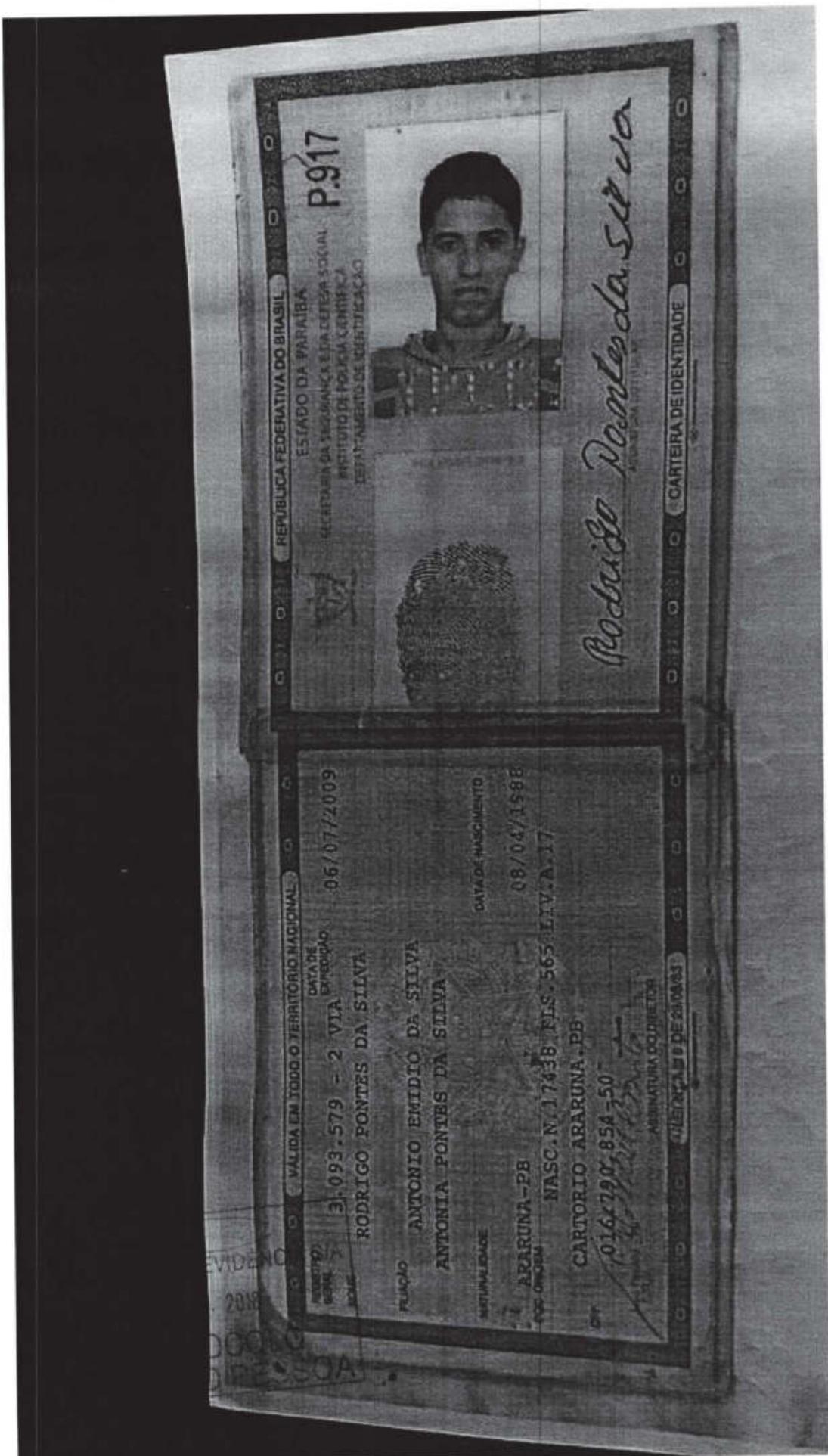
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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. ORIGIN			
NASC.	N. 7729 FLS. 137 LIV. 8 CARTORIO CACIMBA DE DENTRO-PB		
	710.266.824-44		
LEI N° 7.118 DE 29/08/85			



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

Num. 43663202 - Pág. 17



1

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

Num. 43663202 - Pág. 18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 9049677563	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PRT 20112000028945	
VIA:	COD. RENAVAM:	EXERCÍCIO:	
1	79599814-7	00/00000000 2011	
NOME			
JOSE EDER DE LIMA TAVAREAS			
CPF/CNPJ	PLACA		
09821113478	M000149/PB		
PLACA ANT/UE	CHASSI		
NOVO PB	9C2JC30103R153521		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 TITAN KS	2002	2003	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
I P V A	COTA UNICA IPVA PAGO EM	VENC. COTA UNICA 15/08/2011	VENC./COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS		
*****	0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGUR	P A G O	15/08/2011
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
OBSERVAÇÕES			
CALCIMBA DE DENIVO - PB		33987	24/08/2011
			40563

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2011

CPF / CNPJ 09821113478 PLACA M000149/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9049677563 EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 24/08/2011

VIA:	09821113478	CPF / CNPJ:	M000149/PB
RENAVAM:	795998147 GAS	MARCA/MODELO:	HONDA/CG 125 TITAN KS
ANO FAB:	2002	CAT TARIF:	9
		CHASSI:	9C2JC30103R153521

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0,	DENATRAN (R\$) 0,	CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,	IOF (R\$) SEGUR	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 15/08/2011
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

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

02-2010

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2018
PROTÓCOLO
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 MENDONCA

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
Escrevente Autorizada



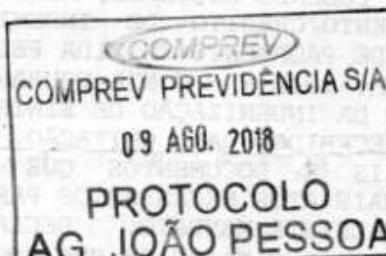
SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA

AUTENTICAÇÃO
Autêntico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia, que concorda com o original. Dto. 1º.
Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Em test.

Aldrina Magda Gomes de Souza Silva (Escrevente autorizada)
Valor Total R\$ 3,05

Valido somente com o selo AFK90295-C2GR

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrevente Autorizada



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

Sheila 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(s) 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 3.093.579-2* 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 CONVÉNIO 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, AGENCIA: 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, CLAUDIO 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 Souza Silva, Escrevente Autorizado(a), subscrovo *fuscaha* *Assinatura* *Protocolo* *10/12/2017* *Assinado em* *09/12/2017* *PROTÓCOLO DE PESSOA* *COMPROVANTE DE PREGAÇA* *CONFERENCIA*.
 público e raso com sinal que uso. Em testemunha da verdade. Dou fé. Cacimba de Dentro, 29 de dezembro de 2017. Esta conforme original. Trasladada hoje.



Aldrina Magda Gomes de Souza Silva
 Aldrina Magda Gomes de Souza Silva
 Escrevente Autorizado(a)

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL - DOCUMENTO DE CONSULTA DE DOCUMENTO

Rua: Getúlio Vargas, 03, centro - Cacimba de Dentro-Paraíba - Fone: 83 3379-1903 / Fax: 83 3379-1003

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Nº 505210 10

Aldrina Magda Gomes de Souza Silva

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2017

Titular do CPF: MAURICIO LOURENCO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

ADAILETON SANTOS DE OLIVEIRA

