



Número: **0800107-27.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34566 249	21/09/2020 18:18	<u>Petição</u>	Petição
34566 250	21/09/2020 18:18	<u>2694741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
34566 254	21/09/2020 18:18	<u>2694741_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211818270000000033050220>
Número do documento: 2009211818270000000033050220

Num. 34566249 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190505526

Vítima: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

Data do Acidente: 27/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505526 **Vítima: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA**

Data do Acidente: 27/04/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14938653

Pag. 01273/01274 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:											
109 384.294-69		Francilber Cardoso de Souza												
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012														
5 - Nome completo:		6 - CPF:												
Francilber Cardoso de Souza		109 384.294-69												
7 - Profissão:		8 - Endereço:												
RECUSO		R. Jomilves de Oliveira												
9 - Número:		10 - Complemento:												
120														
11 - Bairro:		12 - Cidade:												
Guanhumas		João Pessoa												
13 - Estado:		14 - CEP:												
PB		58080-390												
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):												
(83) 980634900														
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR														
17 - Nome completo do Representante Legal:														
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:												
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].														
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00												
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00												
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td></td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)													
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____													
<input type="checkbox"/> Itaú (341)														
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)														
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)														
AGÊNCIA: 1033		CONTA: 00111173												
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)												
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____														
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)														
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE														
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):														
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.														
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.														
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE														
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vívoo		24 - Data do óbito da vítima:										
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:										
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não										
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.														
34														
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido														
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido														
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido														
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____														
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____														
40 - Local e Data: _____														
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)														

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>
Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 3

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09497.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09497.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:39 horas do dia 20 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouyéa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Francikleber Cardoso de Souza**, CPF nº 109.384.294-69, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Maria Marques de Souza e Franciraldo Marques de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/09/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornalista Ulisses Oliveira, Nº 175, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final da Rua do Rio., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98626-6015.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Vasco da Gama, De Frente a Fort Motos., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/04/17 17:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 27/04/2017 por volta das 17:50 horas quando transitava, pelo bairro de Jaguaribe, João Pessoa-PB; na Av. Vasco da Gama, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ 125K ano: 2010/2010, de cor azul de placa: NQG7687/PB CHASSI: 9C6KE1260A0017719 pertencente ao Sra. Roberia de Souza Leite Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Cruz das Armas/Centro quando um veículo não identificado que vinha numa rua transversal invadiu o sinal vermelho vindo a atingir a moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0808/2017, LESÃO DO TORMOZELO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

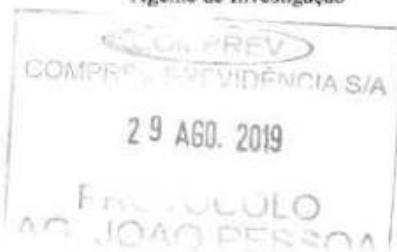
João Pessoa/PB, 20 de agosto de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação


FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

Noticiante



Procedimento Policial: 09497.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:											
		109 384.294-69	Francilber Cardoso de Souza											
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012														
5 - Nome completo:		6 - CPF:												
Francilber Cardoso de Souza		109 384.294-69												
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:										
RECUSO		R. Jomá Ulisses de Oliveira		150										
10 - Complemento:														
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:										
Cruzeiro das Armas		João Pessoa		PB										
14 - CEP:		15 - Tel. (DDD):												
58080-390		(83) 98634900												
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR														
17 - Nome completo do Representante Legal:														
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:												
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].														
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00												
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00												
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td></td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Itaú (341)		<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)													
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____													
<input type="checkbox"/> Itaú (341)														
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)														
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)														
<table border="0"> <tr> <td>AGÊNCIA: 1033</td> <td>CONTA: 00111173</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Informar o dígito se existir)</td> <td></td> </tr> </table>					AGÊNCIA: 1033	CONTA: 00111173	<input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se existir)						
AGÊNCIA: 1033	CONTA: 00111173	<input type="checkbox"/>												
(Informar o dígito se existir)														
<table border="0"> <tr> <td>AGÊNCIA: <input type="checkbox"/></td> <td>CONTA: <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Informar o dígito se existir)</td> <td></td> </tr> </table>					AGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	CONTA: <input type="checkbox"/>		(Informar o dígito se existir)						
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	CONTA: <input type="checkbox"/>													
(Informar o dígito se existir)														
<table border="0"> <tr> <td>AGÊNCIA: <input type="checkbox"/></td> <td>CONTA: <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Informar o dígito se existir)</td> <td></td> </tr> </table>					AGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	CONTA: <input type="checkbox"/>		(Informar o dígito se existir)						
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	CONTA: <input type="checkbox"/>													
(Informar o dígito se existir)														
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														

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

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

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

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

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

Pelc motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.139/47, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE											
23 - Estado civil da vítima:				<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente				
				<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?		<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?		<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não
<p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.</p>											
34				35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido							
				36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido							
				37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido							
				38 - 1º Nome: <u>COMPT</u> CPF: <u>012.345.678-90</u>							
				Assinatura da testemunha <u>23 AGO. 2019</u>							
				39 - 2º Nome: <u>JO</u> CPF: <u>000.000.000-00</u>							
				Assinatura da testemunha <u>JO</u>							

42- Atividade de Representante Local (tais bens)

EPS 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador Jurídico



CERTIDÃO

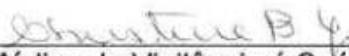
Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e immobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Trans - Sugato wedge per mo - Sat.
Rx: folio a la de fibul, mas lo $\frac{1}{2}$ Ni blood, se mid de sideral
EF: Le 'idea TNZ de deu

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ura e carimbo) CD: Halognathus
Ref. - Irenópolis
Revista
Dúplex adulto h 3 cm. m
fases variadas

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. J. W. Gandy

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

03036240074

030309720-0

0410401005-3 (2470)

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVD IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
27/05/18	4851	28/07/18	4934	
Demonstrativo				
CDI - Descrição	Quantidade Término	Var. Bens Cte. Mdg. Compr. Bens Cte. P/RE. Cofins(R\$)		
		Tributos P/RE. ICMS/IR/ICMS		
0001 Consumo em kWh	78.002.029810	80,58 10,85 29 10,14 90,96 0,85 10,2		
0001 Adc B. Ameirante		143 142 23 0,35 143 0,01 0,07		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIB SERV IUM PÚBLICA		2,46 0,00 0 0,39 0,00 0,00 0,00		
0004 JUROS DE MORA 04/2018		1,37 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0005 MULTA 04/2018		1,18 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018		0,82 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCN: Código de Classificação do Item - TOTAL 87.64 81.39 15.49 81.38 7.87 3.01
8671780

VERGEMINTO **TOTAL A PAGAR**
15/06/2012 **R\$ 67,84**

81 02/08/2019 R\$ 07,54
Histórico de Consumo (kWh)

Comments to the Library

Indicadores de Qualidade		Valor
Límites	Amplitude	Disponibilidade
1000 a 1200	200	99,9%
1000 a 1200	200	99,9%

DIS. MENZAL 5.31 0.00 NOMINAL 222
Sociedad de Transportes
Sociedad de Transportes
Entidades Relacionadas
Sociedad de Transportes
Entidades Relacionadas

01/01/2010	10.82	0.00	0.00
01/02/2010	11.25	0.00	0.00
01/03/2010	11.30	0.00	0.00
01/04/2010	11.50	0.00	0.00
01/05/2010	11.65	0.00	0.00
01/06/2010	11.85	0.00	0.00
01/07/2010	12.00	0.00	0.00
01/08/2010	12.15	0.00	0.00
01/09/2010	12.30	0.00	0.00
01/10/2010	12.45	0.00	0.00
01/11/2010	12.60	0.00	0.00
01/12/2010	12.75	0.00	0.00
01/13/2010	12.90	0.00	0.00
01/14/2010	13.05	0.00	0.00
01/15/2010	13.20	0.00	0.00
01/16/2010	13.35	0.00	0.00
01/17/2010	13.50	0.00	0.00
01/18/2010	13.65	0.00	0.00
01/19/2010	13.80	0.00	0.00
01/20/2010	13.95	0.00	0.00
01/21/2010	14.10	0.00	0.00
01/22/2010	14.25	0.00	0.00
01/23/2010	14.40	0.00	0.00
01/24/2010	14.55	0.00	0.00
01/25/2010	14.70	0.00	0.00
01/26/2010	14.85	0.00	0.00
01/27/2010	15.00	0.00	0.00
01/28/2010	15.15	0.00	0.00
01/29/2010	15.30	0.00	0.00
01/30/2010	15.45	0.00	0.00
01/31/2010	15.60	0.00	0.00
02/01/2010	15.75	0.00	0.00
02/02/2010	15.90	0.00	0.00
02/03/2010	16.05	0.00	0.00
02/04/2010	16.20	0.00	0.00
02/05/2010	16.35	0.00	0.00
02/06/2010	16.50	0.00	0.00
02/07/2010	16.65	0.00	0.00
02/08/2010	16.80	0.00	0.00
02/09/2010	16.95	0.00	0.00
02/10/2010	17.10	0.00	0.00
02/11/2010	17.25	0.00	0.00
02/12/2010	17.40	0.00	0.00
02/13/2010	17.55	0.00	0.00
02/14/2010	17.70	0.00	0.00
02/15/2010	17.85	0.00	0.00
02/16/2010	18.00	0.00	0.00
02/17/2010	18.15	0.00	0.00
02/18/2010	18.30	0.00	0.00
02/19/2010	18.45	0.00	0.00
02/20/2010	18.60	0.00	0.00
02/21/2010	18.75	0.00	0.00
02/22/2010	18.90	0.00	0.00
02/23/2010	19.05	0.00	0.00
02/24/2010	19.20	0.00	0.00
02/25/2010	19.35	0.00	0.00
02/26/2010	19.50	0.00	0.00
02/27/2010	19.65	0.00	0.00
02/28/2010	19.80	0.00	0.00
02/29/2010	19.95	0.00	0.00
03/01/2010	20.10	0.00	0.00
03/02/2010	20.25	0.00	0.00
03/03/2010	20.40	0.00	0.00
03/04/2010	20.55	0.00	0.00
03/05/2010	20.70	0.00	0.00
03/06/2010	20.85	0.00	0.00
03/07/2010	21.00	0.00	0.00
03/08/2010	21.15	0.00	0.00
03/09/2010	21.30	0.00	0.00
03/10/2010	21.45	0.00	0.00
03/11/2010	21.60	0.00	0.00
03/12/2010	21.75	0.00	0.00
03/13/2010	21.90	0.00	0.00
03/14/2010	22.05	0.00	0.00
03/15/2010	22.20	0.00	0.00
03/16/2010	22.35	0.00	0.00
03/17/2010	22.50	0.00	0.00
03/18/2010	22.65	0.00	0.00
03/19/2010	22.80	0.00	0.00
03/20/2010	22.95	0.00	0.00
03/21/2010	23.10	0.00	0.00
03/22/2010	23.25	0.00	0.00
03/23/2010	23.40	0.00	0.00
03/24/2010	23.55	0.00	0.00
03/25/2010	23.70	0.00	0.00
03/26/2010	23.85	0.00	0.00
03/27/2010	24.00	0.00	0.00
03/28/2010	24.15	0.00	0.00
03/29/2010	24.30	0.00	0.00
03/30/2010	24.45	0.00	0.00
03/31/2010	24.60	0.00	0.00
04/01/2010	24.75	0.00	0.00
04/02/2010	24.90	0.00	0.00
04/03/2010	25.05	0.00	0.00
04/04/2010	25.20	0.00	0.00
04/05/2010	25.35	0.00	0.00
04/06/2010	25.50	0.00	0.00
04/07/2010	25.65	0.00	0.00
04/08/2010	25.80	0.00	0.00
04/09/2010	25.95	0.00	0.00
04/10/2010	26.10	0.00	0.00
04/11/2010	26.25	0.00	0.00
04/12/2010	26.40	0.00	0.00
04/13/2010	26.55	0.00	0.00
04/14/2010	26.70	0.00	0.00
04/15/2010	26.85	0.00	0.00
04/16/2010	27.00	0.00	0.00
04/17/2010	27.15	0.00	0.00
04/18/2010	27.30	0.00	0.00
04/19/2010	27.45	0.00	0.00
04/20/2010	27.60	0.00	0.00
04/21/2010	27.75	0.00	0.00
04/22/2010	27.90	0.00	0.00
04/23/2010	28.05	0.00	0.00
04/24/2010	28.20	0.00	0.00
04/25/2010	28.35	0.00	0.00
04/26/2010	28.50	0.00	0.00
04/27/2010	28.65	0.00	0.00
04/28/2010	28.80	0.00	0.00
04/29/2010	28.95	0.00	0.00
04/30/2010	29.10	0.00	0.00
05/01/2010	29.25	0.00	0.00
05/02/2010	29.40	0.00	0.00
05/03/2010	29.55	0.00	0.00
05/04/2010	29.70	0.00	0.00
05/05/2010	29.85	0.00	0.00
05/06/2010	29.90	0.00	0.00
05/07/2010	29.95	0.00	0.00
05/08/2010	30.00	0.00	0.00
05/09/2010	30.05	0.00	0.00
05/10/2010	30.10	0.00	0.00
05/11/2010	30.15	0.00	0.00
05/12/2010	30.20	0.00	0.00
05/13/2010	30.25	0.00	0.00
05/14/2010	30.30	0.00	0.00
05/15/2010	30.35	0.00	0.00
05/16/2010	30.40	0.00	0.00
05/17/2010	30.45	0.00	0.00
05/18/2010	30.50	0.00	0.00
05/19/2010	30.55	0.00	0.00
05/20/2010	30.60	0.00	0.00
05/21/2010	30.65	0.00	0.00
05/22/2010	30.70	0.00	0.00
05/23/2010	30.75	0.00	0.00
05/24/2010	30.80	0.00	0.00
05/25/2010	30.85	0.00	0.00
05/26/2010	30.90	0.00	0.00
05/27/2010	30.95	0.00	0.00
05/28/2010	31.00	0.00	0.00
05/29/2010	31.05	0.00	0.00
05/30/2010	31.10	0.00	0.00
05/31/2010	31.15	0.00	0.00
06/01/2010	31.20	0.00	0.00
06/02/2010	31.25	0.00	0.00
06/03/2010	31.30	0.00	0.00
06/04/2010	31.35	0.00	0.00
06/05/2010	31.40	0.00	0.00
06/06/2010	31.45	0.00	0.00
06/07/2010	31.50	0.00	0.00
06/08/2010	31.55	0.00	0.00
06/09/2010	31.60	0.00	0.00
06/10/2010	31.65	0.00	0.00
06/11/2010	31.70	0.00	0.00
06/12/2010	31.75	0.00	0.00
06/13/2010	31.80	0.00	0.00
06/14/2010	31.85	0.00	0.00
06/15/2010	31.90	0.00	0.00
06/16/2010	31.95	0.00	0.00
06/17/2010	32.00	0.00	0.00
06/18/2010	32.05	0.00	0.00
06/19/2010	32.10	0.00	0.00
06/20/2010	32.15	0.00	0.00
06/21/2010	32.20	0.00	0.00
06/22/2010	32.25	0.00	0.00
06/23/2010	32.30	0.00	0.00
06/24/2010	32.35	0.00	0.00
06/25/2010	32.40	0.00	0.00
06/26/2010	32.45	0.00	0.00
06/27/2010	32.50	0.00	0.00
06/28/2010	32.55	0.00	0.00
06/29/2010	32.60	0.00	0.00
06/30/2010	32.65	0.00	0.00
07/01/2010	32.70	0.00	0.00
07/02/2010	32.75	0.00	0.00
07/03/2010	32.80	0.00	0.00
07/04/2010	32.85	0.00	0.00
07/05/2010	32.90	0.00	0.00
07/06/2010	32.95	0.00	0.00
07/07/2010	33.00	0.00	0.00
07/08/2010	33.05	0.00	0.00
07/09/2010	33.10	0.00	0.00
07/10/2010	33.15	0.00	0.00
07/11/2010	33.20	0.00	0.00
07/12/2010	33.25	0.00	0.00
07/13/2010	33.30	0.00	0.00
07/14/2010	33.35	0.00	0.00
07/15/2010	33.40	0.00	0.00
07/16/2010	33.45	0.00	0.00
07/17/2010	33.50	0.00	0.00
07/18/2010	33.55	0.00	0.00
07/19/2010	33.60	0.00	0.00
07/20/2010	33.65	0.00	0.00
07/21/2010	33.70	0.00	0.00
07/22/2010	33.75	0.00	0.00
07/23/2010	33.80	0.00	0.00
07/24/2010	33.85	0.00	0.00
07/25/2010	33.90	0.00	0.00
07/26/2010	33.95	0.00	0.00
07/27/2010	34.00	0.00	0.00
07/28/2010	34.05	0.00	0.00
07/29/2010	34.10	0.00	0.00
07/30/2010	34.15	0.00	0.00
07/31/2010	34.20	0.00	0.00
08/01/2010	34.25	0.00	0.00
08/02/2010	34.30	0.00	0.00
08/03/2010	34.35	0.00	0.00
08/04/2010	34.40	0.00	0.00
08/05/2010	34.45	0.00	0.00
08/06/2010	34.50	0.00	0.00
08/07/2010	34.55	0.00	0.00
08/08/2010	34.60	0.00	0.00
08/09/2010	34.65	0.00	0.00
08/10/2010	34.70	0.00	0.00
08/11/2010	34.75	0.00	0.00
08/12/2010	34.80	0.00	0.00
08/13/2010	34.85	0.00	0.00
08/14/2010	34.90	0.00	0.00
08/15/2010	34.95	0.00	0.00
08/16/2010	35.00	0.00	0.00
08/17/2010	35.05	0.00	0.00
08/18/2010	35.10	0.00	0.00
08/19/2010	35.15	0.00	0.00
08/20/2010	35.20	0.00	0.00
08/21/2010	35.25	0.00	0.00
08/22/2010	35.30	0.00	0.00
08/23/2010	35.35	0.00	0.00
08/24/2010	35.40	0.00	0.00
08/25/2010	35.45	0.00	0.00
08/26/2010	35.50	0.00	0.00
08/27/2010	35.55	0.00	0.00
08/28/2010	35.60	0.00	0.00
08/29/2010	35.65	0.00	0.00
08/30/2010	35.70	0.00	0.00
08/31/2010	35.75	0.00	0.00
09/01/2010	35.80	0.00	0.00
09/02/2010	35.85	0.00	0.00
09/03/2010	35.90	0.00	0.00
09/04/2010	35.95	0.00	0.00
09/05/2010	36.00	0.00	0.00
09/06/2010	36.05	0.00	0.00
09/07/2010	36.10	0.00	0.00
09/08/2010	36.15	0.00	0.00
09/09/2010	36.20	0.00	0.00
09/10/2010	36.25	0.00	0.00
09/11/2010	36.30	0.00	0.00
09/12/2010	36.35	0.00	0.00
09/13/2010	36.40	0.00	0.00
09/14/2010	36.45	0.00	0.00

Jun/19 7

Figura sujeta a impresión en color a través de la red de TICs.

BRASIL - PAGUE PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL PAGA PREFERENCIAL 100%
52122 00008 02624 912008 04433 908177 179690000006784

PADÓR JOAQUIM ALVES
RUA JOSÉ WILHEM DE OLIVEIRA, 71 - CRIZIÚMA/SC

10053070
28249120004433803

MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27

MOREIRA TORRES - 21/09/2020 16:18:21
sultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221

7600000033050221



CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE, 157 / SALA 03 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP 58056-394 (A5-5)

energisa

Ligeiro MONOFASICO
Cle/Soc: 12-E-292-430
Potero: 12-E-292-430
Medidor: 00008077994
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 260 KM 25, Centro Administrativo, João Pessoa - PB - CEP 50101-660
Referência: Agn 1/2019
Emissor: 20/08/2019
Nota Fiscal: Cartão de Energia Elétrica N° 0229894-44

Ago / 2019 20/08/2019 19/09/2019 262.242.344-04

Parte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinasbrasil

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo		Consumo		DIF.				
				1	%	150	52					
19/07/19	5187	25/09/19	5317									
001	Descrição			Quantidade	Unidad.	Valor Base	Calc.	Alg. Iota(R\$)	Base Calc.	Fixo(R\$)	Corrigido	
						Tributos Total(R\$)	IOMC(R\$)	IOMC				
0001	Consumo em kWh			150.000	0,629910	124,44	124,44	26	31,11	124,44	125	0,21
0001	Adic. B. Arameia					1,21	1,21	25	0,00	1,21	0,01	0,06
0001	Adic. B. Vermelha					5,45	5,45	25	1,38	5,45	0,06	0,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0007	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			5,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	JUROS DE MORA 08/2019			0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA 08/2019			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2019			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCG: Código de Classificação do item TOTAL 138.82 127.16 32.77 221.19 1.42 6.54
Tarifa de Tributos: 0.671720

30 27/08/2019 R\$ 138,62

8 0 10 10 10 10 10 17 10 13 8 17 1 1

RESERVADO AO FISCO

• 1994-1995 Catalog

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 03150 244006 00229 221176 9 7894000012862

PARADOR CELESTE DOMINGOS DA SILVA - CIF/NIF: 127.342.244-B
RUA ADENTE II JOSE COSTA QUARTE 187 SALA 201 MARQUESA - 1000-105 LISBOA / PIS: 2000-0000000000000002

Digitized by srujanika@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>
Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIO/TECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39635>

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Francikleber Cardoso de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 309.384.294.69,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francikleber Cardoso de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.384.294.69, 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>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Chingabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:	<u>(83) 4186634900</u>						

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/08/19

Assinatura do Declarante

29 AGO. 2019

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>
Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

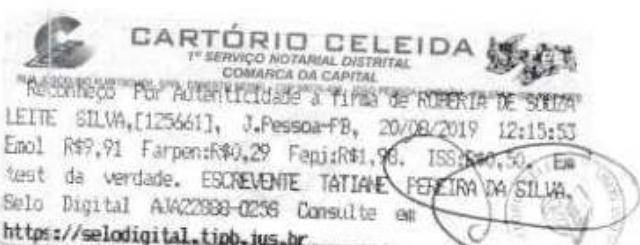
Eu, Roberio de Souza Leite Silva,
RG nº 3.165.402, data de expedição 26/01/2015
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 015.845.524-04, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Almeida Lima, nº 155,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fernan Klüber Coutinho de Souza cujo o condutor era
Fernan Klüber Coutinho de Souza.

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA/XTZ 125
Ano: 2010
Placa: NA G 7687
Chassi: GC6KEJ260A0037719
Data do Acidente: 27-04-17
Local e Data: João Pessoa, 20-08-19

x Roberio de Souza Leite Silva.

Assinatura do Declarante

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





CERTIDÃO

Nº. 0808/2017

Atendendo solicitação de **FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 25428 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 27/04/2017 às 18h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão do tornozelo esquerdo. Medicado e immobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



Trans - fígado no topo - Saturado
Rx: feno a la do fáculo,
mas no fáculo, Né fáculo,
sem risco de riscos
ET: de óleo TNZ 100g
deserto

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

D. "Fábio Mendes
Ref. - Igreja
Av. Vitorino
Duplo adulto 6h 3as. m
fase vermelha
entre p

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

DR. FÁBIO
MENDES
TODOS OS DIA

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030300007-2
0303000080-0
040400005-3 (240)

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO TML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030300007-2
0303000080-0





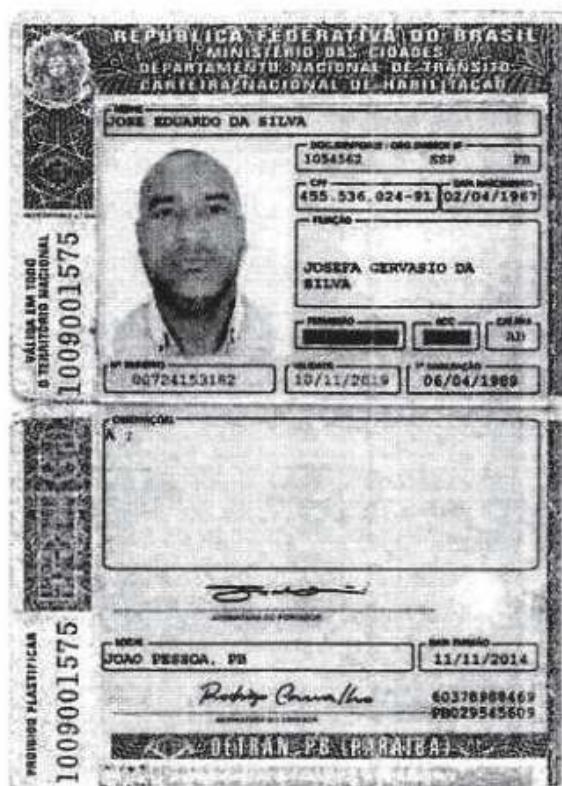
Nome
FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA

Nascimento
24/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>
Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 18

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298279/19

Vítima: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

CPF: 109.384.294-69

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/04/2017

Titular do CPF: FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FRANCIKLEBER CARDOSO DE SOUZA : 109.384.294-69

Autorização de pagamento
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: 29/08/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182757600000033050221>
Número do documento: 20092118182757600000033050221

Num. 34566250 - Pág. 19



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08001072720208152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, 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 **FRANCICLEBER CARDOSO DE SOUZA**, 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:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de setembro de 2020.

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 - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182779900000033050625>
Número do documento: 20092118182779900000033050625

Num. 34566254 - 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 - 21/09/2020 18:18:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092118182779900000033050625>
Número do documento: 20092118182779900000033050625

Num. 34566254 - Pág. 2