

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

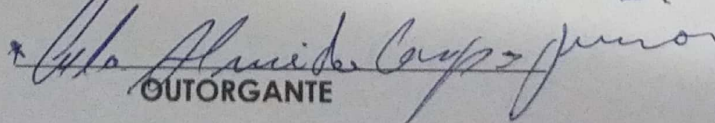
Carlos Almeida Campos Júnior. Brasileiro, solteiro, autônomo
inscrito no RG: n.º 2363504, portador do CPF: 702.848.
774-17. Residente e domiciliado a Rua: Mario Cardina
Amaral Pereira, 230A. Três irmãos L. Grande - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 06 de Maio de 2019.


OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.363.504 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2013

NOME CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR

FILIAÇÃO CARLOS ALMEIDA CAMPOS
MARIA DE FATIMA CAMPOS

NATURALIDADE SOROCABA-SP DATA DE NASCIMENTO 03/12/1974

DOC ORIGEM NASC.N.45.883 FLS.185 LIV.A/69
CARTORIO SOROCABA-SP

CPF 702.848.774-17

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-2004

COMPRESSÃO DE DEDOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

Scanned with CamScanner

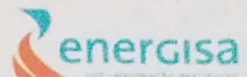


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Breve para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica Nº 003.555.608



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

JOSIRENE DE BRITO LIMA
RUA MARIA CAROLINA AMORIM PEREIRA ZILI 230 230 A
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/245097-1

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

22/04/2019

CONSUMO

120

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSIRENE DE BRITO LIMA

Roteiro: 13-401-777-2116

83650000000-2 71410147000-9 02450972019-9 04100401019-9

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,41

MATRÍCULA

245097-2019- 04-1



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 03/03/2020 17:27:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030317275458500000027702983>

Número do documento: 20030317275458500000027702983

Num. 28740122 - Pág. 2



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07071.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07071.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 27 de junho 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Carlos Almeida Campos Junior**, CPF nº 035.274.737-42, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Maria de Fatima Campos e Carlos de Fatima Campos, natural de Sorocaba/SP, nascido(a) em 03/12/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Carolina Amorim Pereira Zili, Nº 230, bairro Três Irmãs, tendo como ponto de referência Posto de Saude Ronaldo Cunha Lima, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Ponte Severino Cabral, Severino Cabral, Campina Grande/PB, bairro Vila Cabral; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/04/19 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 24/04/2019, POR VOLTA DAS 14:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR DE COR PRETA, ANO 2013/14, PLACA OFY-3139/PB, CHASSI 9C6KE1950E0015700, REGISTRADA EM NOME DE FELIMAO CAMILO DA SILVA, PRÓXIMO A PONTE SEVERINO CABRAL, VILA CABRAL, CAPINA GRANDE/PB, NESTA CAPITAL, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATE O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA CRUZOU EM SUA FRENTE E PARA NÃO COLIDIR ESTE NOTIFICANTE DESVIOU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM HELDER CÂMARA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.8 CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO.

ADENDO(S):

Que na data 02/07/2019, à(s) 17:57 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O CPF DO NOTIFICANTE ONDE SE LER 035.274.737-42, NA VERDADE É PARA SE LER CPF Nº 702.848.774-17. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência

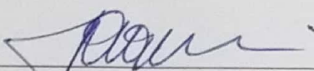


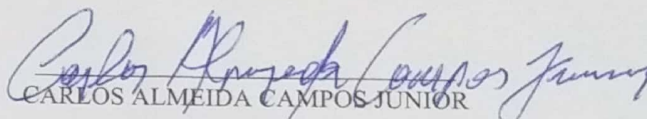
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 02 de julho de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 702.848.774-17 Nome completo da vítima: Carlos Almeida Campos Junior

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

Nome completo: Carlos Almeida Campos Junior CPF: 702.848.774-17

Profissão: Recuso Endereço: Maria Carolina Amorim Pereira 2 Número: 230 Complemento: casa

Bairro: Três irmãos Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58423-323

E-mail: _____ Tel. (DDD): 83-98708-8728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4182 2 CONTA: 01061153 2

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

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 8º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não (Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____)

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data: Campina Grande, 01-07-2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

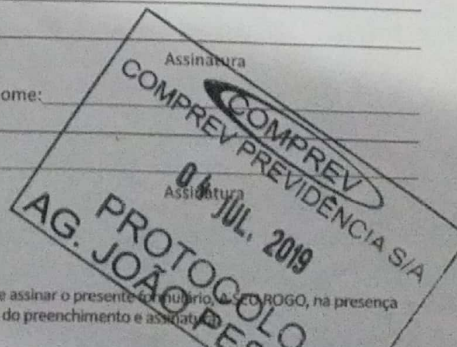
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190565539

Vítima: CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 33

Agência: 4182

Conta: 000001061153-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01551/01552 - carta_30 - INVALIDEZ

00110776



Dr. André Luiz Barbosa Bezerra de Lima

Clínica Médica | Dermatologia Cirúrgica

CRM 6567/PB

Laudo Médico

Paciente Carlos Alunda Campos
júnior é portador de HIV S72
devido fratura de fêmur distal e
Plato tibial devido acidente de
moto tendo sequelas e comprometimento
estético e motor, irreversível
da região, impossibilitando atividades
rotineiras.

Diagnóstico Segundo exame de
imagem

Segue em Anexo

Diagnóstico Segundo Anamnese
exame físico

30/09/19
Dr. André Luiz B. B. de Lima
Médico Clínico Geral
CRM-PB 6567
CDE 887 104-15

Rua. Carolino Cardoso nº 634 Praia do Poço - Cabedelo

✉ drandrelima2006@yahoo.com.br

☎ 83 98771.5270 📞 83 98877.8954



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Garrote Release
OK

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 08/05/2019



GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 136608

DATA DA CIRURGIA: 08/05/2019

Número do Atendimento: 1882159 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 1 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: CARLOS ALMEIDA CAMPOS JUNIOR

Data da Internação: 24/04/2019

Atendimento: 1882159

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA fêmur distal (D) + Placa tibial

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX FEMUR DISTAL + PLATO D
Cirurgia: 08/05/2019

Data da

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: TAMARA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DO JOELHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DO CONDILO LATERAL + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS

5 - REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO PLATÔ + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS

6 - SUTURA POR PLANOS

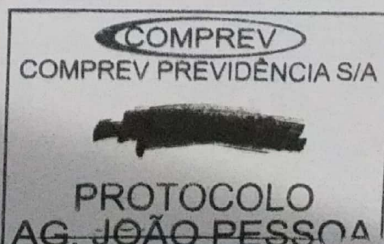
7 - CURATIVOS

8 - À URPA

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Reumatologia
CRM-PB 7825

Data 08/05/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



1/1

10.1.1.148/projetohcg/impredescri.php?ID=1275&contar=1882159



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 03/03/2020 17:27:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030317275781000000027703011

Número do documento: 20030317275781000000027703011

Num. 28740300 - Pág. 3

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013930425598
VIA QCD-RENPRT 201801000032103-0
1 0056838208-0 00/00000000 2018

FELERAO CAMILO DA SILVA

03527473742
PLACA ANT / UF
NOVO PB 9C6KE1950E0015700
ESPECIE TIPO
COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1
CAP / POT / CIL
CATEGORIA
2 P/124 /CI
COTA UNICA
VENC. COTA UNICA
PRETA
VENC / COTAS

P
V
A
FAIXA I.P.V.A.
PARCELAMENTO / COTAS
PREMIO TARIFARIO (R\$)
IOF (R\$)
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
17/04/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

CAMPINA GRANDE-PB

33375

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT
PB Nº 013930425598 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
***** AS CONDIÇÕES DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204 *****
13/04/2018

5013 8 9C6KE1950E0015700
EXERCICIO
DATA EMISSAO
17/04/2018

00568382080
RENAVAM
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1
ANO FAB.
CAT. TRAT.
9
5018 13/04/2018

FNS (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
PREMIO TARIFARIO
IOF (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)
P A G O
DATA DE QUITACAO
17/04/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.609/0001-04

35556-1203113-20180417



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Felemão Camilo da Silva,
RG nº 2755 870, data de expedição 31/07/2000
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 035.274.737-72
com domicílio na cidade de Cambina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Profetador, nº 911
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Carlos Almeida Campos Junior, cujo o condutor era
Carlos Almeida Campos Junior.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA YBR 25 FACTOR Ano: 2013/2014.
Placa: DFY 3339/PB Chassi: YAMAHA Y66KES950E 0035700
Data do Acidente: 24/04/2019

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data: Cambina Grande - PB, 17/05/2019

2º CARTÓRIO
C. GRANDE-PB

Felemão Camilo da Silva

Assinatura do Declarante

Carlos Almeida Campos Junior

Assinatura do Condutor

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
FELEMAO CAMILO DA SILVA

Cambina Grande/PB 17/05/2019
Em testemunho da verdade. Dou fé
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Celo Digital: A1091569-LXCV
Confira em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol: R\$9,91 ISS R\$0,50 Farpen R\$0,29
Fepj R\$1,82 MP R\$0,16

2º Cartório de Notas de Cambina Grande - PB
Tribunal: Região de Fátima Cássio Cavalcanti
Praça do Bandeira, 145, Centro - C. Grande - PB

2cartorios@notascp@gmail.com
(31) 3321-8899 - 3321-8899



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

Scanned with CamScanner



Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0804514-68.2020.8.15.0001

DESPACHO

Vistos etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Juiz(a) de Direito

