



Número: **0801104-97.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.711,10**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCINALDO ALVES DE SOUSA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32926 130	04/08/2020 15:01	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
32926 137	04/08/2020 15:01	<a href="#">2737530_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros Documentos
32926 142	04/08/2020 15:01	<a href="#">2737530_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
32926 143	04/08/2020 15:01	<a href="#">2737530_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 211,10

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

CLIENTE: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000045378-1

---

---

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652





28 JAN. 2019

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

011.173.614-54

Nome completo da vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/1012

Nome completo:

Francinaldo Alves de Sousa

CPF:

011.173.614-54

Profissão:

Pescador

Endereço:

Rua Frei Rodrigues Coimbra

Número:

50

Complemento:

Bairro:

Nossa Senhora

Cidade:

Engenheiro Aécio

Estado:

Pernambuco

CEP:

58900-000

E-mail:

Verandaplatco@hotmail.com

Tel (DDD):

(83)99813.12.46

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:

AGÊNCIA:

1053 0

CONTA:

2922007

AGÊNCIA:

0000000

CONTA:

0000000

(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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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 provarão 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

**Bradesco****Dia & Noite**BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM.064038

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA  
AGENCIA 1053 CONTA 2922007-710:42 HRS  
28/JAN/2019

DISPONIVEL

+ TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA POUPANCA FACIL .....  
SD DEPOS ATE 3/5/12 .....  
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 .....

TOTAL DE RECURSOS .....

MOVIMENTACAO CONTA POUPANCA

-----DEZEMBRO/2018-----		
DIA	HISTORICO	N.DOCTO
	SALDO ANTERIOR	
	-----JANEIRO/2019-----	
22	RENDIMENTOS	2205000
	Poup Facil-Depositos Ate 3/5/12	
	SALDO TOTAL	

Demonstrativo para simples conferencia.  
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.  
SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.  
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF  
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

28 JAN. 2019



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180474514

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474514**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ** R\$ 2.700,00 e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13465908

Pag. 00733/00734 - carta\_01 - DAMS



00020367



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Carta nº 13502718

A/C: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180474514 ASL-0370045/18  
Vitima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
Data Acidente: 07/07/2018  
Natureza: DAMS  
Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

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 **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00813/00814 - carta\_25 - DAMS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180474514**

**Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00471/00472 - carta\_25 - DAMS







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180474514**

**Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00147/00148 - carta\_25 - DAMS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180474514**

**Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00065/00066 - carta\_25 - DAMS





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180474514**

**Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

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

**Recebedor: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

**Valor: R\$ 211,10**

**Banco: 104**

**Agência: 00000040**

**Conta: 00000045378-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00561/00562 - carta\_12 - DAMS



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

011.173.614-54

Nome completo da vítima

Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo Francinaldo Alves de Sousa		CPF titular da conta 011.173.614-54	Profissão Pescador
Endereço Rua José Rodrigues Lima		Número 50	Complemento
Bairro N.1	Cidade Sinhora Aparecida	Estado Paraná	CEP 58900-000
Email Veradpva@hotmaill.com		Telefone (DDD) (83) 99813.12-68	

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"/> RECUSO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1053 D/V 7 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 2922007 D/V 7 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

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

Paraparasol de outubro de 2018.

Local e Data

Francinaldo Alves de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

**DOCUMENTO ORIGINAL**

09 OUT. 2018







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0475/2018 - DPVAT**

Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRÂNSITO.  
Data do fato: 07.07.2018, Horário: 03h30min, aproximadamente.  
Data de notícia do fato a Depol: 20.07.2018  
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

**DECLARANTE:** FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, com 49 anos de idade, nascido(a) em 12.09.1968, casado, pescador, CPF: 011.173.614-54, filho de Francisco José de Sousa e de Maria do Socorro Alves de Sousa, residente no Distrito Engenheiro Ávidos, Cajazeiras/PB, telefone: 3532-0068.

**VÍTIMA:** O DECLARANTE.

**HISTORICO DO FATO**

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE informa que na data e horário acima citados o declarante, FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, guiava o veículo HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, vermelha, placa: OFH-1775/PB, chassi: 9C2KD0550CR598882, matriculado em nome de JUCIVAN EMIDIO DE SOUSA; QUE trafegava na estrada carroçal do Distrito, quando na ponte de ferro frenou bruscamente ao desviar de outro veículo de condutor não identificado, perdendo o controle, caindo ao chão; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento; QUE sofreu fraturas em três costelas e as consequências físicas do acidente podem ser acompanhadas nas fichas de atendimento médico-hospitalares; QUE em virtude deste fato a declarante, vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 20 de julho de 2018.

*Francisnaldo Alves de Sousa*

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Joabson Lins do Santos  
Mat. 181.946-1



Joabson L. dos Santos  
Agente Polícia Civil  
Mat.: 181.946-1

POLEG  
AR  
DIREI  
TO

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS  
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0002-23  
ENDEREÇO: TABELIÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N  
MUNICÍPIO: CALAZEIRAS UF: 25

NOME: Francinaldo Alves de Souza SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Engenheiro DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Calazéia ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/69 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

SSV

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de motocicleta  
na via de acesso chegando com uma lesão de  
cabeça, com ferimento profundo na região  
occipital, com perda de consciência momentânea  
e fratura da base do crânio.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rx Tórax

RESULTADOS

Rx Tórax - Infusão de contraste a direita

08.04.18 - Fina Medica + Ortopedia  
18:20

16:32

fratura

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 100mg de morfina + 100 mg de S.O. 31. 8/18 horas 12-06-18
2. Opiprina 20mg + AD, 6mg, 6/18 horas 18-06-18
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Chirurgia para fratura

DIAGNÓSTICO:

Fratura de tórax

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ PRESCRITA  
☒ APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ ÓBITO
- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1-101310110161010111  
2-10131011101010111  
3-1012101410131011111

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dr. Manoel Antônio de Souza  
CRM 101350 / CNPQ 10279

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
RUA JOSE RODRIGUES COURA, S/N - N SRA APARECIDA  
ENGENHEIRO AVIDOS / PB CEP: 58900000 (AO: 212)

Emissão: 25/06/2018 Referência: Jun / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 3/220, Km 25 - C/ta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800  
Roteiro: 15 - 214 - 391 - 3440 Nº medidor: 00008894886

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 008.803.237  
Cód. para Dth. Automático: 00005348214

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	26/06/2018	26/07/2018	1117361454
Insc. Est:			

UC (Unidade Consumidora): 5/534821-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/05/18	931	25/06/18	1044	1	113	32				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (unidade)	Base Calc. Por (R\$)	Cobrança (R\$)			
		Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Per (Cobrança) (R\$)	0,0000% (R\$ 1484%)				
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,248430	7,45	7,45	27	3,02	7,45	0,07	0,31
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,427820	29,95	29,95	27	8,08	29,95	0,27	1,24
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13,000	0,541420	8,23	8,23	27	2,25	8,23	0,07	0,34
0601	Adic. B. Amarela			0,13	0,13	27	0,03	0,13	0,00	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			3,57	3,57	27	1,54	3,57	0,03	0,18
0610	Subsídio			29,95	29,95	27	10,70	29,95	0,38	1,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-29,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação de Item TOTAL: 83,35 89,37 24,12 89,37 0,80 3,70

Média últimos meses (kWh) 101

**VENCIMENTO 03/07/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 63,35**

Histórico de Consumo (kWh)

124	87	131	107	137	104	100	106	90	97	68	76
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

801f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Gázeres						
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)			
DC MENSAL	11,19	8,95	NOMINAL 220			
DC TRIMESTRAL	22,33					
DC ANUAL	44,66					
PC MENSAL	7,92	3,00				
PC TRIMESTRAL	15,84		CONTRATADA 220			
PC ANUAL	31,68	3,90				
DMC	8,08					
DICR	16,60					
				Discriminação	Valor (R\$)	%
				Serviços de Dist. de Energia/PB	11,76	18,56
				Compra de Energia	17,00	26,94
				Serviço de Transmissão	1,80	2,84
				Encargos Setoriais	3,25	5,15
				Procedimentos Diretos e Encargos	29,53	46,51
				Outros Serviços	0,00	0,00
				<b>Total</b>	<b>63,35</b>	<b>100,00</b>

Valor de EUSO (Ref. 4/2018) R\$1,67

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Extra Renda, tendo um desconto de R\$28,93.  
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso

09 OUT. 2018



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Relembra para simplificar pagamento via nota fiscal e conta de energia elétrica. Nº 012.340.593



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Crisla Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680  
CNPJ 09.295.183 / 0001-65 Insc.Est. 14.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA  
RUA JOSE RODRIGUALDO DE ALENCAR 339  
CAIAZEIRAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

### REFERÊNCIA

SET/2018

### APRESENTAÇÃO

14/09/2018

### CONSUMO

99

### VENCIMENTO

21/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

### VENCIMENTO

21/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

### MATRÍCULA

80691-2018-09-0



09 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012010300000031523968>

Número do documento: 20080415012010300000031523968



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leaissa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodolfo de Plencan</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capangas</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpia@bolmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capangas - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Leaissa Evelyn Araújo Ferreira

09 OUT. 2018



# CORAÇÃO DE JESUS MS

MARIA DO SOCORRO ADELINO MOURA  
CNPJ 24.502.049/0001-00  
EL JUVENCIO CARNEIRO 133 - CENTRO - CAJAZEIRAS -  
PB - 58900-000 - FONE 3531-1753 - 35

## DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#|COD|DESC|QTD|UN|VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$|  
1 16649 AMOXICILINA+ACIDO CLAVU 875\*\*\*\*\*

1 UND X	137	136,88
Desconto		-36,53
Valor Líquido		100,35

12 15084 PACO

2*****	23	22,59
1 UND X		-6,03
Desconto		16,56
Valor Líquido		10,53

13 23316 FAIXA TORACICA 15CM TAM M MERCUR BC050

1 UND X	94	93,90
Desconto		-25,00
Valor Líquido		68,90

14 15084 PACO

2*****	23	22,59
1 UND X		-6,03
Desconto		16,56
Valor Líquido		10,53

15 11663 ACEBROFILINA

1 UND X	29	28,96
Desconto		-20,17
Valor Líquido		8,79

QTD. TOTAL DE ITENS 005  
VALOR TOTAL R\$ 211,10  
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago  
Dinheiro 211,10

Número 000006019 - Série 001  
Emissão 26/07/2018 09:19:35 - Via Consumidor  
Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfca>  
518 0724 5020 4900 0100 6500 1000 0080 1910 0434 7302  
Print em PDF - Sistema - 33510017376661 26/07/2018 09:20:21

CONSUMIDOR CPF: 011.173.614-54  
FRANCINALDO ALVES DE SOUZA  
DISTRITO DE ENGENHEIRO AVIDOS S/N BOQUEIRÃO  
CAJAZEIRAS



Vendedor: CISSY Venda: 434730

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 2,31  
Digifarma

09 OUT. 2018



**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luizanna Evelyn Araújo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura clams da Vítima Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 54, 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 a 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 <u>Rua José Rodolfo de Almeida</u>		Número <u>331</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capazins</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>unadpvatiza@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99415-58-35</u>

Capazins, 01 de outubro de 2018.  
Local e Data

Luizanna Evelyn Araújo Ferreira  
Assinatura do Declarante





# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivan Emidio de Souza

portador do RG: 1533981, data de expedição 20 / 05 / 1995

órgão expedidor SSP / PB, CPF: 047.249.454-610

com domicílio na cidade de Capangaras, no estado de Paraíba

onde resido na Rua Francisco Martins

número 366, complemento Bela Vista

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Francinaldo Alves de Souza

cujo condutor era Francinaldo Alves de Souza

VEÍCULO: PAS/MOTOCICLE

ANO: 2012

MODELO: HONDA/NXR 150 BROS ES 2012

PLACAS: OFN 1775 - PB

CHASSI: 9C2KDD55DCR598882

DATA DO ACIDENTE: 07 / 07 / 2018

Capangaras - PB 26/07/2018.  
Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018





09 OUT. 2018





09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008772140 - 0
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/03/2014
NOME LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA	
FILIAÇÃO KATIA SHIRLEY ARAÚJO FERREIRA	
NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE	DATA DE NASCIMENTO 14/08/1998
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:35.738 FOLHA:24	
LIVRO:A-35 BOA VIAGEM - CE	
CPF 074.430.873-90	
1 VIA	P.: 103
ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	





## 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: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 011.173.614-54  
Profissão: Peixeiro Endereço: Rua José Rodrigues Coura Número: 70 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Nossa Senhora da Penha Cidade: Engenheiro Aurodo Estado: Paraíba CEP: 58900-000  
E-mail: vianadpvt@bol.com.br Tel. (DDD): (83) 99813.1266

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)  
AGÊNCIA: 0400 CONTA: 0453781  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Lapaginas - PB 06/03/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

18 MAR. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

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



09 OUT. 2018

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETAN - PB</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAMENTO DE VEÍCULO</b>	
Nº 014200046B02 CDD RENAVAM 20180800000000 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018	0049247100-2 00/00000000 2018
NOME: JUCIVAN EMÍDIO DE SOUSA	
CPE / CNPJ 04724945460 PLACA OFH1775/PB NOVO PB 9C2KD0550CR598882	CHASSI 9C2KD0550CR598882
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL ANO FAB 2012 ANO MOD 2012
CAP / POT / CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC	COR/PREDOMINANTE VERMELHA
COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. /COTAS 2º 3º	FAIXA LTV A 0 PARCELAMENTO /COTAS 2º 3º
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0 IOP (R\$) 0 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 18/06/2018	P A G O 18/06/2018
OBSERVAÇÕES:	
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
0	0
CAJAZEIRAS-PB LOCAL 39454	19/06/2018 DATA 15628

<b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b>	
<b>PB Nº 014200046B02 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <b>www.seguradoralider.com.br</b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
VIA 1 RENAVAM 00492471002 CPE / CNPJ 04724945460 PLACA OFH1775/PB EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/06/2018	CHASSI 9C2KD0550CR598882 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012 VAL. IOP 9/
PRÊMIO TARIFÁRIO PRS (R\$) ***** IOP (R\$) ***** CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** TIT. ADIC. (R\$) ***** DATA DE QUITAÇÃO 18/06/2018	P A G O 18/06/2018 P A G O 18/06/2018
<b>SEGURO LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 03.248.606/0001-04	
15628-1404221-20180619	



## PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180474514

Data do acidente: 07/07/2018

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data: 11/10/2018 17:01:52

## DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM DE OUTR ORGAOS INTRATORACICOS E DOS NE TRAUM DE OUTR ORGAOS INTRATORACICOS ESPEC -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			211,10	211,10
Total da Análise Atual			211,10	211,10

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	211,10	211,10	211,10
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	211,10	211,10	211,10

TOTAL PLEITEADO: 211,10 TOTAL AVALIADO: 211,10 TOTAL PAGO + À PAGAR: 211,10

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



# 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: 011.373.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 011.373.614-54  
Profissão: Pescador Endereço: Rua José Rodrigues Cunha Número: 50 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Nossa Senhora Aparecida Cidade: Engenheiro Aécio Estado: Mato Grosso do Sul CEP: 58900-000  
E-mail: Versandipalco@hotmail.com Tel./DDD: (83)99813.12.66

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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1053 CONTA: 2922007 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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. 3º, §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 pais/avós vivos? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: Papaginas - PB 29/10/2018  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Francinaldo Alves de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

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

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



Bradesco

29 OUT. 2018

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM. 053858

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA  
AGENCIA 1053 CONTA 2922007-7

08:30 HRS  
26/OUT/2018

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL .....  
+ CONTA POUPANCA FACIL .....  
SD DEPOS ATE 3/5/12 .....  
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12 .....

TOTAL DE RECURSOS .....





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Sousa  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 18.786.128  
CPF: 033.173.614-54  
Profissão: Paralelo  
Endereço: Rua José Rodrigues Louza, SN, N. Sra. Aracêda,  
Engenheiro Aóides - PB.

### OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado Civil: SOLTEIRA  
Identidade: 2008772140-0  
CPF: 074.430.873-90  
Profissão: AUTONOMA  
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO,  
CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Francinaldo Alves de Sousa  
Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

Francinaldo Alves de Sousa  
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

8102.100 6 0



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370045/18  
**Vítima:** FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
**CPF:** 011.173.614-54  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
**Data do acidente:** 07/07/2018  
**Titular do CPF:** FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Comprovantes de despesas médicas  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

#### FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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 cancela 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: 09/10/2018  
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA  
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 211,10

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

CLIENTE: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000045378-1

---

---

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652



# 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: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa CPF: 011.173.614-54  
Profissão: pedreiro Endereço: Rua José Rodrigues Sousa Número: 50 Complemento:  
Bairro: Nova Senhora Aparecida Cidade: Engenheiro Aurodo Estado: Paraíba CEP: 58900-000  
E-mail: vrasdpvata6@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99813.1266

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

**REDA 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)  
☐ BancodoBrasil(001) ☐ Caixa Econômica Federal(104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1053 7 CONTA: 2922007 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

## 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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 Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Capangas - PB 06/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Francinaldo Alves de Sousa*  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

07.FEV. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.







04 FEV. 2019

04 FEV. 2019

07 FEV. 2019





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 011.173.614-54 Nome completo da vítima: Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Sousa  
Profissão: Perito Endereço: Rua José Rodrigues Coura  
Bairro: Nova Senhora do Carmo Cidade: Engenheiro Paulo de Frontin Estado: Paraíba  
E-mail: verandapratiza@hotmail.com CEP: 58400-000  
Tel.(DDD): (83) 99813.1366

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

## REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3053 7 CONTA: 2922007 7  
(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 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: Capangapor - PB 06/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

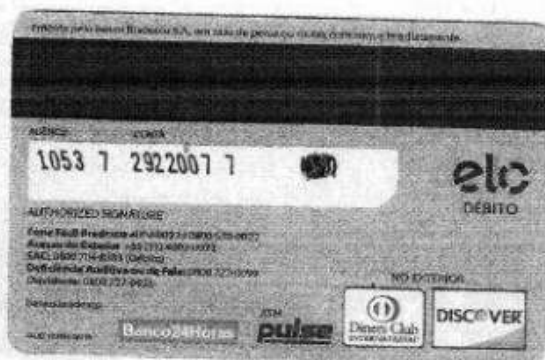
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

11 FEV. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU 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.





11 FEV. 2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 211,10

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

CLIENTE: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000045378-1

---

---

Nr. da Autenticação 57BDA835F076C652





09 OUT. 2018

09 OUT. 2018





09 OUT. 2018







ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS  
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0002-23  
ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N  
MUNICÍPIO: CALAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

NOME: Francinaldo Alves de Souza SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Engenheiro DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Calazéia ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/69 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

SSV

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de motocicleta  
vinda do Distrito de Calazéia, com uma lesão de  
traumatismo, com lesões graves na coluna  
vertebral, fratura de vértebra cervical, com  
lesão da medula.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rx Torax

RESULTADOS

Rx Torax - Fratura de Costelas e Dúvida

08.04.18 - Fratura Medula + Osteomielite  
18:20

16:32

fratura

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 100mg de 100mg + 100 mg 500.31. 8/18 mg 100.31
2. Diagnóstico de fratura de AD, em 6/10 mg 18/21/18
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Tratamento para fratura

DIAGNÓSTICO:

Tratamento para fratura

CID-10

MEDICAÇÃO

- ☐ PRESCRITA  
☒ APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ ÓBITO
- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1-101310110161010121  
2-101310110101010121  
3-101210141013101117101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dr. Manoel Antônio de Souza  
CRM 101350 / CNPQ 10279

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

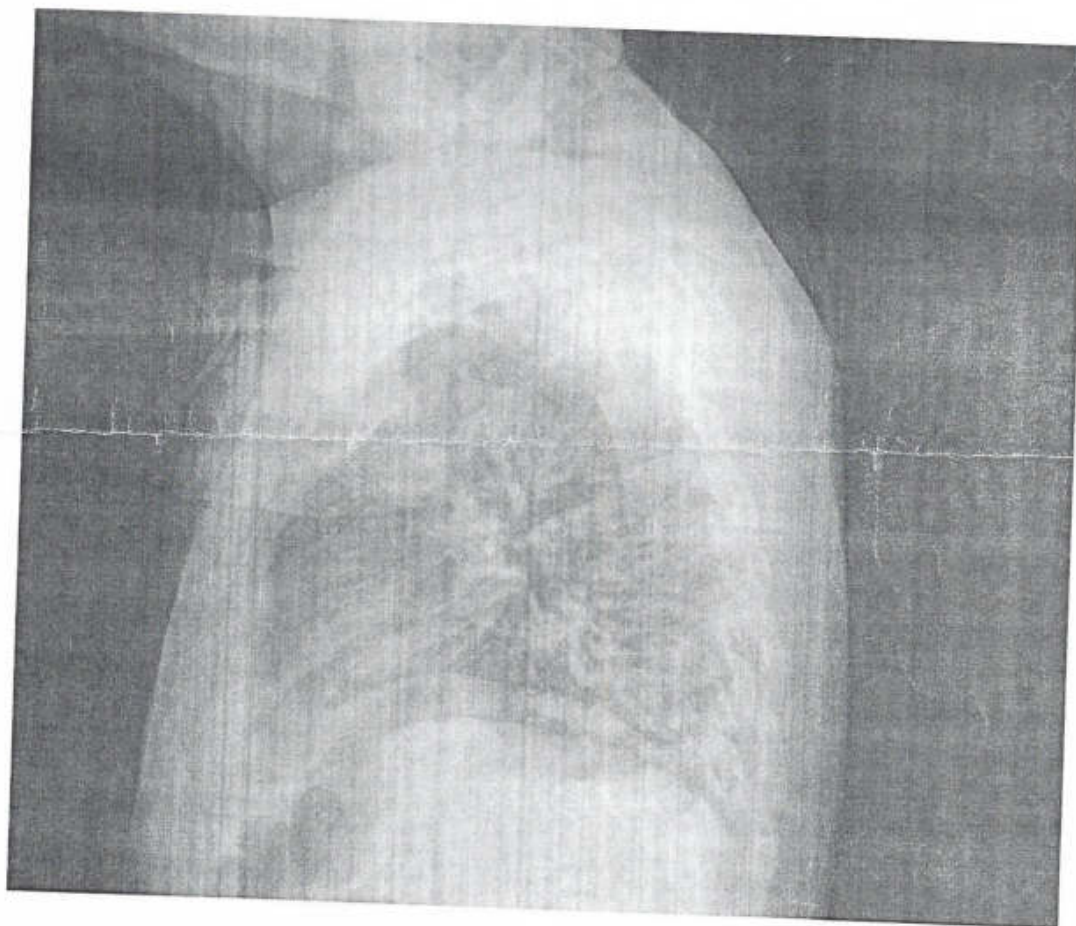
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

**Not intended for official interpretation.**

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA  
20180707-01-280  
M 9/12/1969  
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs  
UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.9 g:0.65 sb:3.54 eq:-0.32 nr:0.56...  
Zoom 105%



09 OUT. 2018

SID mm

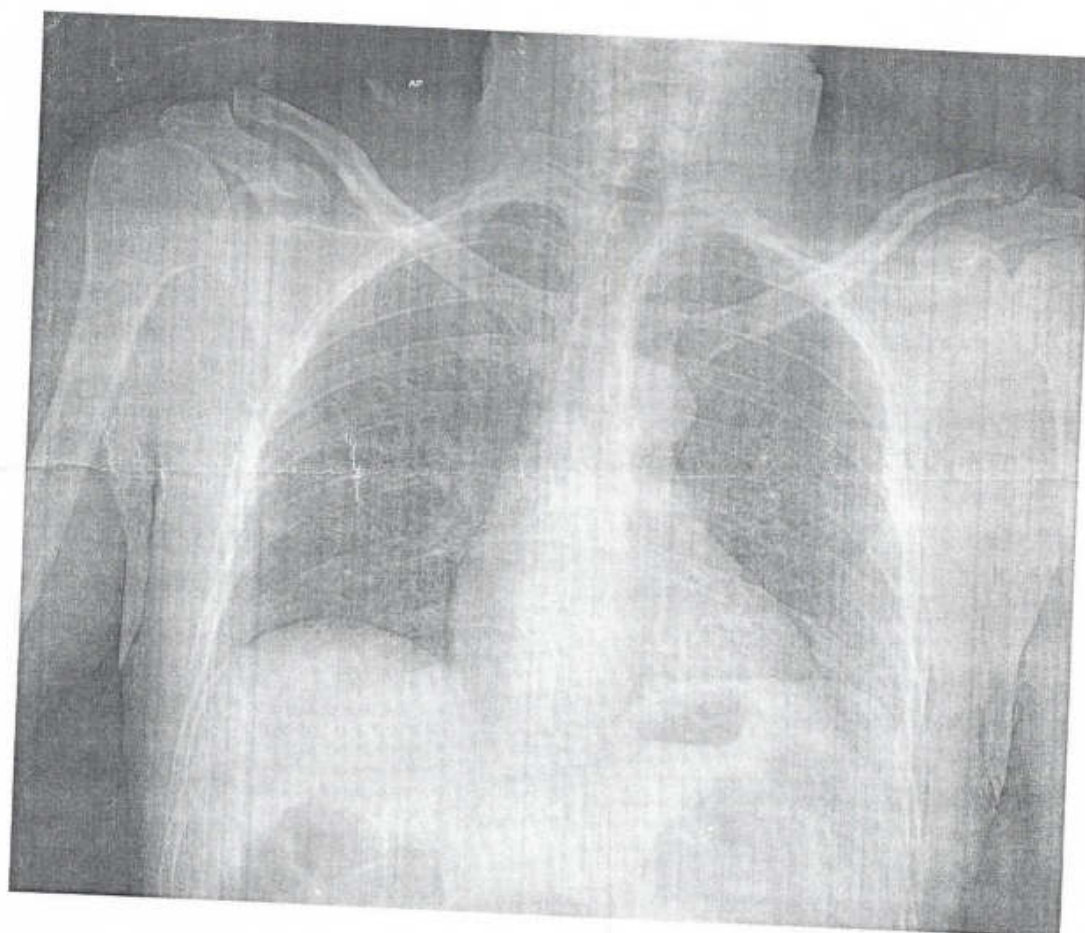
7:17 PM  
7/7/2018



**Not intended for official interpretation.**

FRANCIVALDO ALVES DE SOUZA  
20180707-01-280  
M 9/12/1969  
1

Hospital Regional de Cajazeiras  
- kV, - mAs  
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.5 g:0.5 sb:8.01 eq:0.7 nr:0.65 de:....  
Zoom 105%



09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

SID mm

7:17 PM  
7/7/2018





# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivan Emidio de Souza

portador do RG: 1533981, data de expedição 20 / 05 / 1995

órgão expedidor SSP / PB, CPF: 047.249.454-610

com domicílio na cidade de Capangaras, no estado de Paraíba

onde resido na Rua Francisco Martins

número 366, complemento Bela Vista

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, Francinaldo Alves de Souza

cujo condutor era Francinaldo Alves de Souza

VEÍCULO: PAS/MOTOCICLE

ANO: 2012

MODELO: HONDA/NXR 150 BRAS ES 2012

PLACAS: OFN 1775 - PB

CHASSI: 9C2KDD55DCR598882

DATA DO ACIDENTE: 07 / 07 / 2018

Capangaras - PB 26/07/2018.

Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luizanna Evelyn Araújo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura clams da Vítima Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 54, 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 a 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 <u>Rua José Rodolfo de Almeida</u>		Número <u>331</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capazins</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>unadpvatiza@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99415-58-35</u>

Capazins, 01 de outubro de 2018.  
Local e Data

Luizanna Evelyn Araújo Ferreira  
Assinatura do Declarante



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Relembra para simplificar pagamento via nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 012.340.593



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Crisla Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680  
CNPJ 09.295.183 / 0001-65 Insc.Est. 14.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA  
RUA JOSE RODRIGUALVO DE ALENCAR 339  
CAIAZEIRAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

### REFERÊNCIA

SET/2018

### APRESENTAÇÃO

14/09/2018

### CONSUMO

99

### VENCIMENTO

21/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

### VENCIMENTO

21/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

### MATRÍCULA

80691-2018-09-0



09 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012079300000031523969>

Número do documento: 20080415012079300000031523969



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leaissa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodolfo de Plencan</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capangas</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpia@bolmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capangas - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Leaissa Evelyn Araújo Ferreira

09 OUT. 2018







ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS  
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0002-23  
ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N  
MUNICÍPIO: CALAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

NOME: Francinaldo Alves de Souza SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Engenheiro DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Calazéia ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/69 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

SSV

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de acidente de motocicleta  
vinda do Distrito de Engenheiro Avelar  
segunda, mas copete quebrado na altura  
do pescoço. Trauma à região da coluna cervical  
causando dor no pescoço.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rx Torax

RESULTADOS

Rx Torax - Fratura de Costelas e Omómero

08.04.18 - Fratura Medula + Omómero  
18:20

16:32

fratura

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Torax 100mg + 100 mg S.O.S. 8/18 horas 12-06-18
2. Dipirona 500mg + AD, ER, 6/6 horas 18-06-18
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Tratamento para fratura

DIAGNÓSTICO:

08 OUT. 2018

08

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA  
☒ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO  
☐ INTERNAÇÃO  
☐ OBITO  
☒ RESIDÊNCIA  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-101310110161010211  
2-101310111010101121  
3-101210141013101117101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dr. Manoel Antônio de Souza  
CRM 101350 / CNPQ 10279

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Dr. Manoel Antônio de Souza  
CRM 101350 / CNPQ 10279

Agência Local (33) 33-3444

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
RUA JOSE RODRIGUES COURA, S/N - N SRA APARECIDA  
ENGENHEIRO AVIDOS / PB CEP: 58900000 (AO: 212)

Emissão: 25/06/2018 Referência: Jun / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 3/220, Km 25 - C/te Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
Roteiro: 15 - 214 - 391 - 3440 Nº medidor: 00008894886

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 008.803.237  
Cód. para Dth. Automático: 00005348214

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	26/06/2018	26/07/2018	1117361454

UC (Unidade Consumidora): 5/534821-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
25/05/18	931	25/06/18	1044	1	113	32				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq.	Unidade(R\$)	Base Calc. Por(R\$)	Cobrança(R\$)		
		Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS			PerCobrança(R\$)	(0,0005%)(1,1484%)		
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,248430	7,45	7,45	27	3,02	7,45	0,07	0,31
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,427820	29,95	29,95	27	6,08	29,95	0,27	1,24
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13,000	0,541420	8,23	8,23	27	2,25	8,23	0,07	0,34
0601	Adic. B. Amarela			0,13	0,13	27	0,03	0,13	0,00	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			3,57	3,57	27	1,54	3,57	0,03	0,18
0610	Subsídio			29,95	29,95	27	10,70	29,95	0,38	1,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-29,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação de Item TOTAL: 83,35 89,37 24,12 89,37 0,80 3,70

Média últimos meses (kWh) 101  
**VENCIMENTO 03/07/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 63,35**

Histórico de Consumo (kWh)

124	87	131	107	137	104	100	80	97	68	76
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

801f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Gázeres						
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)			
DC MENSAL	11,19	0,85	NOMINAL 220			
DC TRIMESTRAL	22,33					
DC ANUAL	44,66		CONTRATADA 220			
DC MENSAL	7,92	3,00				
DC TRIMESTRAL	15,84		LIMITE SUPERIOR 231			
DC ANUAL	31,68	3,90				
DMC	0,08					
DICI	16,60					

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	11,76	18,56
Compra de Energia	17,00	26,94
Serviço de Transmissão	1,80	2,84
Encargos Setoriais	3,25	5,15
Procedimentos Diretos e Encargos	29,53	46,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,35	100,00

Valor de EUSO (Ref. 4/2018) R\$ 1,67

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Extra Renda, tendo um desconto de R\$ 28,93.  
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso

09 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012079300000031523969

Número do documento: 20080415012079300000031523969



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

Francinaldo Alves de Sousa

CPF da Vítima

011.173.614-54

Data do Acidente

07/07/2018.

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

verasdpvat@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 99415.58.35

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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.

Capangas, 01 de outubro de 2018.

Local e Data

Francinaldo Alves de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/12

**DOCUMENTO ORIGINAL**

09 OUT. 2018





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0475/2018 - DPVAT**

Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRÂNSITO.  
Data do fato: 07.07.2018, Horário: 03h30min, aproximadamente.  
Data de notícia do fato a Depol: 20.07.2018  
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

**DECLARANTE:** FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, com 49 anos de idade, nascido(a) em 12.09.1968, casado, pescador, CPF: 011.173.614-54, filho de Francisco José de Sousa e de Maria do Socorro Alves de Sousa, residente no Distrito Engenheiro Ávidos, Cajazeiras/PB, telefone: 3532-0068.

**VÍTIMA:** O DECLARANTE.

**HISTORICO DO FATO**

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE informa que na data e horário acima citados o declarante, FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, guiava o veículo HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, vermelha, placa: OFH-1775/PB, chassi: 9C2KD0550CR598882, matriculado em nome de JUCIVAN EMIDIO DE SOUSA; QUE trafegava na estrada carroçal do Distrito, quando na ponte de ferro frenou bruscamente ao desviar de outro veículo de condutor não identificado, perdendo o controle, caindo ao chão; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento; QUE sofreu fraturas em três costelas e as consequências físicas do acidente podem ser acompanhadas nas fichas de atendimento médico-hospitalares; QUE em virtude deste fato a declarante, vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 20 de julho de 2018.

*Francisnaldo Alves de Sousa*

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Joabson Lins dos Santos  
Mat. 181.946-1



Joabson L. dos Santos  
Agente Polícia Civil  
Mat.: 181.946-1

POLEG  
AR  
DIREI  
TO

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018





# 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:

011.173.614-54

Nome completo da vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo:

Francinaldo Alves de Sousa

Profissão:

Picador

Endereço:

Rua José Rodrigues Costa

CPF:

011.173.614-54

Número:

50

Complemento:

CEP:

58900-000

Tel (DDD):

(83) 99813-12-66

Bairro:

Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Aécio

Estado:

Paraíba

E-mail:

Verandaplatco@hotmail.com

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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:

AGÊNCIA:

1053 0

CONTA:

2922007 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Capangas - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.



# 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:

011.173.614-54

Nome completo da vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

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

Nome completo:

Francinaldo Alves de Sousa

Profissão:

Picador

Endereço:

Rua José Rodrigues Costa

CPF:

011.173.614-54

Bairro:

Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Aécio

Número:

50

Complemento:

CEP:

58900-000

E-mail:

Verandaplatco@hotmail.com

Tel (DDD):

(83) 99813-12-66

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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:

AGÊNCIA:

1053 0

CONTA:

2922007

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Capangas - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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](http://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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01383/01384 - carta\_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14541332





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Pag. 00113/00114 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040057



Carta nº 13800686





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180474303**

Vítima: **FRANCINALDO ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: **07/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474303**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13461153

Pag. 00723/00724 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
Nº Sinistro: 3180474303  
Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA  
Data do Acidente: 07/07/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180474303**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00117/00118 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13461008



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369904/18

Número do Sinistro: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019  
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA  
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369904/18

**Vítima:** FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

**CPF:** 011.173.614-54

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 07/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

#### FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018  
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA  
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL





09 OUT. 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 1 0049247100-2 00/00000000 2018

NOME: JUCIVAN EMÍDIO DE SOUSA

CNPJ / CPF: 04724945460 PLACA: OFH1775/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KD0550CR598882

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

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. /COTAS: 2º

FAIXA LIVRA: 0 PARCELAMENTO /COTAS: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* PREMIO TOTAL (R\$): 18/06/2018 DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 18/06/2018

OBSERVAÇÕES:

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

CAJAZEIRAS-PB LOCAL: 19/06/2018 DATA: 15628

39454

**PB Nº 014200046802 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

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

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

VIA 1 04724945460 CNPJ / CPF: 04724945460 PLACA: OFH1775/PB

RESAVAM: 00492471002 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2012 VAL. INF: 9/ CHASSI: 9C2KD0550CR598882

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$): \*\*\*\*\* DEDUTIVO (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* P A G O

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 18/06/2018 DATA DE QUITACAO

PAGAMENTO: PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.248.608/0001-04

15628-1404221-20180619

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Sousa  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 18.786.128  
CPF: 033.173.614-54  
Profissão: Pescador  
Endereço: Rua José Rodrigues Louza, SN, N. Sra. Aracêda,  
Engenheiro Aóides - PB.

### OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado Civil: SOLTEIRA  
Identidade: 2008772140-0  
CPF: 074.430.873-90  
Profissão: AUTONOMA  
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO,  
CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Francinaldo Alves de Sousa  
Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

Francinaldo Alves de Sousa  
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

8102.100 6 0

